

**Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi
sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain
muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asia-
kasmaksuista annetun lain muuttamiseksi**

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan yhdistettäväksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain toiminnan ja palvelujen sisältöä koskevat säännökset uudeksi terveydenhuoltolaiksi. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen, palvelutarpeiden kasvu ja terveydenhuollon kustannusten hallinta edellyttävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpää yhteistyötä ja raja-aitojen madaltamista. Myös terveydenhuollon asianmukaiseen toimeenpanoon liittyvät sosiaalihuollon palvelut pitäisi entistä paremmin integroida eheäksi palvelukokonaisuudeksi.

Asiakaskeksisyyden lisäämiseksi ehdotetaan, että potilaalla olisi mahdollisuus valita ensivaiheessa kuntansa terveysasema ja kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikkö erityisvastuualueella. Lisäksi jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voisi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen muuta terveyskeskusta tai kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikköä. Vuonna 2014 sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon valinnan mahdollisuus laajenisi valtakunnalliseksi. Erikoissairaanhoidossa valinnanmahdollisuus tapahtuisi yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa. Palvelujen käyttö yli kuntarajojen on myös palvelu- ja kuntarakennehankkeen tavoite. Potilaan tai asiakkaan asemaa vahvistaisi lisäksi mahdollisuus valita hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Ehdotukseen sisältyy myös potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua vahvistavia

säännöksiä. Ehdotuksessa korostuu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveysongelmiensa ennaltaehkäisy. Ehdotukseen sisältyy velvoite asettaa kunnan strategisessa suunnittelussa tavoitteita kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävästä ja ongelmia ehkäisevistä toimenpiteistä ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämis- ja rahoitusvastuu ovat pääsääntöisesti kunnalla. Terveidenhuoltolaissa palvelujen ja toiminnan sisältöä koskevat uudistukset toteutettaisiin siten, että ne tukisivat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyötä ja mahdollistaisivat myös raja-aitojen madaltumisen vaikka varsinaisiin palvelurakenteisiin ei vielä tässä esityksessä ole mahdollista puuttua. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus on vielä kesken, joten kunnan terveydenhuollon palvelurakenteista ja järjestämisvastuusta säädettäisiin edelleen kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoito-laissa.

Terveydenhuoltolaissa ehdotetaan otettavaksi terveydenhuollon palvelujen järjestäjälle velvoite toimia yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen järjestäjien kanssa siltä osin kuin tehtävien asianmukainen hoitaminen edellyttää. Terveidenhuollon, erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välinen yhteistyö on mahdollista, jos kunta haluaa sen toteuttaa.

Ehdotukseen sisältyy myös tekniset muutokset kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoitolakiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin.

Lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ.....	1
SISÄLLYS.....	2
YLEISPERUSTELUT.....	4
1 JOHDANTO.....	4
1.1 Terveystieteiden tutkimuskeskus.....	4
1.2 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen uudistaminen ja tulevaisuuden haasteet.....	5
2 NYKYTILA.....	6
2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö.....	6
2.1.1 Perustuslain säännökset ja terveydenhuolto.....	6
2.1.2 Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu.....	7
2.1.3 Kansanterveyslaitoksen ja erikoissairaanhoidon tehtävät.....	9
2.1.4 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen henkilöstö.....	31
2.1.5 Valvonta.....	35
2.1.6 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatu ja potilasturvallisuus.....	37
2.1.7 Muu lainsäädäntö.....	39
2.2 Kansainvälinen kehitys sekä ulkomaiden ja EU:n lainsäädäntö.....	49
2.2.1 Ruotsi.....	49
2.2.2 Tanska.....	54
2.2.3 Norja.....	56
2.2.4 Iso-Britannia.....	60
2.2.5 Alankomaat.....	62
2.2.6 EU-lainsäädäntö.....	65
2.3 Nykytilan arviointi.....	67
2.3.1 Perusterveydenhuollon nykytilan arviointi.....	67
2.3.2 Erikoissairaanhoidon nykytilan arviointi.....	68
2.3.3 Kunnallisen palvelurakenteen muutos.....	69
2.3.4 Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen.....	70
2.3.5 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen rekisterinpidon arviointi.....	71
2.3.6 Ulkoistamismuutokset.....	71
3 ESITYKSEN TAVOITTEET JA KESKEISET EHDOTUKSET.....	72
3.1 Tavoitteet.....	72
3.1.1 Johdanto.....	72
3.1.2 Suhde sosiaalihuoltoon.....	75
3.2 Keskeiset ehdotukset.....	76
4 ESITYKSEN VAIKUTUKSET.....	77
4.1 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen arviointiperusteita.....	77
4.2 Taloudelliset vaikutukset.....	78
4.2.1 Vaikutukset kuntatalouteen.....	78
4.2.2 Iäkkäiden neuvontapalvelut.....	79
4.2.3 Ensihoitopalvelut.....	81
4.2.4 Hoitopaikan valinta.....	83
4.3 Vaikutukset viranomaisten toimintaan.....	84
4.4 Vaikutukset kuntalaisiin, asiakkaisiin ja potilaisiin.....	84
4.5 Vaikutukset ympäristöterveydenhuoltoon.....	85
4.6 Yhteiskunnalliset vaikutukset.....	86
4.7 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ohjausjärjestelmän kehittäminen terveydenhuoltolaissa.....	88

5	ASIAN VALMISTELU	88
5.1	Valmisteluvaiheet ja – aineisto	88
5.2	Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen	89
6	RIIPPUVUUS MUISTA ESITYKSISTÄ	89
	YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT	91
1	LAKIEHDOTUSTEN PERUSTELUT	91
1.1	Terveystoimintalaki	91
	1 Luku Yleiset säännökset	91
	2 luku Terveystoiminnan ja hyvinvoinnin edistäminen	99
	3 luku Sairaanhoidon	114
	4 Luku Terveystoiminnan yhteistyö ja alueelliset palvelut	125
	5 luku Erityisvastuualue	136
	6 luku. Hoitoon pääsy	140
	7 luku Opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen	151
	8 luku Erinäisiä säännöksiä	156
	9 luku Voimantulo ja siirtymäsäännökset	161
1.2	Laki kansanterveyslain muuttamisesta	162
1.3	Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta	162
1.4	Laki sosiaali- ja terveystoiminnan asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta	163
2	TARKEMMAT SÄÄNNÖKSET JA MÄÄRÄYKSET	163
3	VOIMAANTULO	164
4	SUHDE PERUSTUSLAKIIN JA SÄÄTÄMISJÄRJESTYS	164
	LAKIEHDOTUKSET	165
	Terveystoimintalaki	165
	Laki kansanterveyslain muuttamisesta	187
	Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta	189
	Laki sosiaali- ja terveystoiminnan asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta	191
	LIITE	194
	RINNAKKAISTEKSTIT	194
	Laki kansanterveyslain muuttamisesta	194
	Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta	206
	Laki sosiaali- ja terveystoiminnan asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta	221

YLEISPERUSTELUT

1 Johdanto**1.1 Terveydenhuoltojärjestelmä**

Julkiselle vallalle riittävien terveydenhuoltopalvelujen tuottaminen on lakisääteinen velvoite. Terveydenhuollon toimeenpanotehtävistä vastaavat ensisijaisesti kunnat ja kuntayhtymät. Niiden ohjaus ja valvonta kuuluvat keskushallinnossa sosiaali- ja terveysministeriölle ja alueellisesti aluehallintoviranomaisille. Terveyden- ja sairaanhoidon palveluja tuottavat sekä julkisyhteisöt että yksityiset toimijat. Nykyisessä terveydenhuollon lainsäädännössä voidaan erottaa erikseen säädökset, jotka koskevat palvelujen järjestämisvelvollisuutta ja tuottamista, terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa sekä potilaan asemaa ja oikeuksia.

Kuntien velvoitteesta järjestää terveydenhuollon palveluja säädetään kansanterveyslaissa (66/1972, KTL), erikoissairaanhoito-laissa (1062/1989, ESHL) ja mielenterveyslaissa (1116/1990). Yksityinen terveydenhuolto täydentää julkista, kunnallista palvelujärjestelmää. Yksityisen toimijan oikeudesta tuottaa terveyden- ja sairaanhoitopalveluja säädetään laissa yksityisestä terveydenhuollosta (152/1994). Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattitoimintaan liittyvistä oikeuksista, velvollisuuksista ja toiminnan valvonnasta säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) ja asetuksessa (564/1994). Potilaan oikeuksia määrittävät laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki) sekä potilasvahinkolaki (585/1986).

Terveydenhuollon lainsäädännön lisäksi terveyspalvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä ammattihenkilöiden ja potilaiden asemaan ja oikeuksiin vaikuttavat monet yleislainsäädännön säännökset, muun muassa hallintolaki (434/2003), laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999), henkilötietolaki (523/1999) ja laki julkisista hankinnoista (348/2007). Myös sosiaalihuollon lainsäädäntö vaikuttaa terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa, muun muassa sosiaalihuoltolaki (710/1982),

laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista (272/2005), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä päivähoitolaki (36/1973), vammaispalvelulaki (380/1987), laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977), päihdehuoltolaki (41/1986) ja lastensuojelulaki (417/2007).

Terveydenhuollon lainsäädännössä tehtiin 1970-luvulla periaatteellisia muutoksia, muun muassa säädettiin kansanterveyslaki ja siirrettiin lääkintöhallituksesta tehtäviä lääninhallituksiin. Kansanterveyslain perustavoitteena oli siirtää terveyspolitiikan painopiste terveydenhoitoon ja avosairaanhoitoon luomalla hallinnolliset ja taloudelliset edellytykset kunnallisen perushoitajärjestelmän suunnitelmalliselle kehittämiselle. Laissa säädetään kunnallisista kansanterveystyövelvoitteista ja kansanterveystyön hallinnosta. Kansanterveystyön uudistus oli varsin laajamittainen uudistus valtakunnan terveydenhuollossa. Kansanterveyslain myötä aloittivat toimintansa terveyskeskukset. Perushoidon sisältöä on jatkuvasti kehitetty ja palveluja lisätty terveyskeskuksissa. Eräillä terveyskeskuksilla on mahdollisuus tarjota väestölle myös erikoislääkäripalveluja.

Erikoissairaanhoitoa koskeva lainsäädäntö uudistettiin kokonaisuudessaan 1989. Erikoissairaanhoitolaki sisälsi säännökset kunnallisen erikoissairaanhoidon alueellisesta järjestämisestä. Lain keskeisenä lähtökohtana oli riittävien ja yhtäläisten erikoissairaanhoitopalvelujen saannin turvaaminen kaikissa osissa maata. Perusvastuuyksikkönä erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisessä oli kunta. Erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäjänä kunta oli kuitenkin yleensä sekä väestömäärältään että muilta voimavaroiltaan liian heikko yksikkö, minkä vuoksi edellytettiin sairaanhoitopiirin kuntainliittojen (nykyisin kuntayhtymä) perustamista. Erityisen vaativa ja korkean tason teknologiaa käyttävä sairaanhoito keskitettiin väestöpohjaltaan sairaanhoitopiiriä suuremmalle vastuualueelle eli niille kuntayhtymille, joiden hallinnassa on yliopistollinen sairaala. Näin oli mahdollista huolehtia siitä, että väestöllä oli asuin-

paikasta riippumatta mahdollisuus saada myös tarvitsemansa vaativa erikoissairaanhoito. Eräiden sairauksien hoito on välttämättä keskittää vieläkin enemmän siten, että sairauksia hoidetaan vain yhdessä tai kahdessa yliopistollisessa sairaalassa.

Terveystieteiden lainsäädäntöä uudistettiin 1990-luvulla, muun muassa terveydenhuollon keskeinen valvontaorganisaatio uudistettiin. Organisaatiouudistuksessa perustettiin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) sekä Terveystieteiden oikeusturvakeskus (TEO). Myös potilaan oikeuksista säädettiin oma laki 1990-luvulla. Organisaatioita on uudistettu myös 2000-luvulla, Kansanterveyslaitos ja Stakes yhdistettiin 2009 Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokseksi (THL) sekä TEO ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus yhdistettiin Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastoksi (Valvira). Lääkehuollon uudelleen organisoimiseksi perustettiin uusi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, jonka toiminta käynnistyi 1 päivänä marraskuuta 2009. Keskusten toiminnot siirtyvät asteittain Kuopioon vuoteen 2014 mennessä. Samalla lakkautettiin Lääkelaitos ja Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto.

1.2 Terveystieteiden uudistaminen ja tulevaisuuden haasteet

Terveystieteiden laaja uudistamistyö aloitettiin syksyllä 2001 valtioneuvoston asettamassa kansallisessa terveyshankkeessa. Valtioneuvosto antoi keväällä 2002 periaatepäätöksen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveystieteiden uudistamisen tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaana maksukyvyistä riippumatta. Periaatepäätöksen tavoitteiden toteuttaminen on edellyttänyt laajaa ja monipuolista yhteistyötä, erityisesti käytännön toiminnassa. Keskeiset kehittämisalueet olivat terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ, hoitoon pääsyn turvaaminen, henkilöstön saatavuuden ja osaamisen parantaminen, terveydenhuollon toimintojen ja rakenteiden uudistaminen sekä rahoituksen vahvistaminen. Kansallinen terveyshanke päättyi vuoden 2007 lopussa.

Kansallisen terveyshankkeen arvioinnin mukaan hoitotakuu näyttäisi vahvistaneen somaattista erikoissairaanhoitoa, sen sijaan perusterveydenhuolto näyttäisi muuttuneen vähemmän. Terveystieteiden suun terveydenhuollossa hoitotakuu ja määräajat hoitoon pääsulle vahvistivat aikuisväestön hammashuollon uudistuksen toteutumista. Edelleen kuitenkin osalla terveystieteiden on vaikeuksia toimia hoitotakuun edellyttämissä aikarajoissa. Myöskään mielenterveyspalvelujen saatavuudessa ei ole tapahtunut paljon muutoksia, vain pieni osa potilaista tulee ei kiireellisesti hoitoon.

Valtionosuus terveydenhuollon kustannuksista on noussut tasaisesti ja mittavasti vuoden 2002 hankkeen käynnistymisen jälkeen. Kuntien valtionosuuksia terveydenhuoltoon on korotettu ja kehittämishankkeita on rahoitettu merkittävästi, mutta hankkeiden pysyvät vaikutukset ja tulosten laajempi hyödyntäminen ovat vaihdelleet.

Keväällä 2007 hallituksen vaihtumisen jälkeen annettiin uudessa hallitusohjelmassa terveystieteelliset linjaukset. Pääministeri Matti Vanhasen II hallitusohjelman keskeisissä terveydenhuollon linjauksissa korostuu uudenlainen yhteisöllisyys ja vastuun tasapaino. Palvelujen järjestäminen toteutuu yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa yhteistyössä. Hallitus on käynnistänyt laajan kokonaisuudistuksen, joka toteutetaan vaiheittain sosiaaliturvan uudistamiskomitean esitysten pohjalta. Hallitusohjelmassa esitetään entistä konkreettisempia toimenpide-esityksiä palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseksi, palvelut turvataan kaikille.

Vuoden 2007 puolivälissä käynnistyi sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoimana poikkihallinnollinen Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelma. Hallitusohjelmassa politiikkaohjelmalle kirjattiin muun muassa seuraavat tavoitteet: terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen, elintapoihin liittyvien kansansairauksien vähentäminen, terveyttä edistävät olosuhteet, terveyserojen kaventaminen ja toiminta- ja työkyvyn vahvistaminen. Politiikkaohjelman toimeenpanoon on sisällytetty muun muassa Terveystieteiden 2015-kansanterveysohjelmaan, Kansalliseen terveyshankkeeseen sekä Terveystieteiden kaventamisen toimintaohjelmaan sisältyvien tavoit-

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveystal-veluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on

julkiselle valalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät terveydenhuollon erityislainsäädännön, kuten kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain säännökset kuntien yleisestä palvelujen järjestämisvelvollisuudesta.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä sekä valtiota että kuntia. Erityislainsäädännöllä kunnille on säädetty velvollisuus järjestää terveydenhuolto asukkailleen ja eräissä tapauksissa kaikille kunnassa oleskeleville. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin ja voimavaroja myöntämällä sekä kuntien asianmukaisella rahoituksella ja toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät terveystalvet. Toiminnan edellyttämä rahoitus ja voimavarat toteutetaan pääosin valtion kunnille myöntämällä valtionosuuksilla ja kuntien verotusoikeudella.

Muut perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla terveystalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Perustuslain säännöksiä, jotka erityisesti koskevat myös terveystalveluja ovat esimerkiksi yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantunnon vapaus (11 §), tallennejulkisuus (12 §) sekä itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.3 §).

Perustuslain 121 §:ssä on kunnille vahvistettu itsehallinto. Perusoikeuksien toteuttaminen edellyttää, että kunnille annettavista tehtävistä ja velvoitteista on säädettävä lailla. Itsehallinnon on tarkoitettu suojaavan myös kuntien oikeutta päättää omasta taloudestaan. Perustuslain 121 §:n 3 momentissa verotusoikeus on nimenomaan mainittu kunnallisen itsehallinnon ainesosana. Kun kunnille säädetään uusia tehtäviä, on samalla huolehdittava myös siitä, että kunnilla on tosiasialliset edellytykset suoriutua niistä. Valtio osallistuu valtionosuusjärjestelmän kautta niihin

kustannuksiin, jotka kunnille muodostuvat, kun ne järjestävät talvet.

2.1.2 Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu

Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidonlaissa on terveydenhuollon järjestäminen säädetty kuntien tehtäväksi, joten niillä on vastuu perustuslain 22 §:ssä julkiselle valalle säädetyn veloitteen toteuttamisesta käytännössä. Kunnallishallinnossa tehtävien hoidossa käytetään yleisesti käsitettä järjestämisvastuu. Järjestämisvastuukäsitteellä vastuun sisältö halutaan erottaa palvelujen tuottamisesta tai hoitamisesta. Järjestämisvastuuseen kuuluu, että väestön tarpeenmukaisia palveluja on saatavilla. Järjestämisvastuu on osin liian yleinen käsite kuvaamaan niitä erilaisia vastuita sekä oikeuksia ja velvollisuuksia, joita kuntalaisen, kunnan ja kuntayhtymän välille terveydenhuollossa muodostuu. Järjestämisvastuuseen sisältyy kunnan vastuu kuntalaisille siitä, että laissa turvattuja tai muita palveluja on saatavilla ja että kuntalaiset saavat nämä talvet lain turvaamalla tavalla. Järjestämisvastuuseen kuuluu myös vastuu palvelujen järjestämisestä, joka voi toteutua omana tuotantona, yhteistoimintana tai ostopalveluina. Vastuuseen kuuluu lisäksi vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varaamisesta palvelujen järjestämiseen.

Lainsäädännössä terminologia ei kuitenkaan ole johdonmukaista. Laissa käytetään käsitettä ”järjestäminen” usein kuvaamaan vain joitakin edellä mainitun järjestämisvastuun piiriin kuuluvia vastuita. Samoin saatetaan mainittuja vastuita määriteltäessä käyttää jotain muita käsitteitä kuin järjestäminen, esimerkiksi ”on huolehdittava”.

Kunnan tehtäviä voi lain ja sopimuksen nojalla hoitaa myös kuntayhtymä. Yksityinen terveydenhuolto täydentää julkisia palveluja. Käytännössä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain mukaiset talvet on eroteltu perusterveydenhuollosi ja erikoissairaanhoidoksi. Kansanterveyslain mukaisia palveluja tai kunnan erikseen päättämiä kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä varten kunnalla tai kuntayhtymällä on oltava terveyskeskus. Vuonna 2009 Suomessa oli 194 terveyskes-

kusta ja terveyskeskuksia oli 38 vähemmän kuin vuonna 2008. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kuntien lähinnä terveyskeskuksissa järjestämiä palveluja. Terveyskeskuksilla voi olla useita eri toimipaikkoja eli terveysasemia tai sairaaloita.

Kuntien vastuulla on huolehtia myös siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon on kunnalle kuuluva tehtävä, mutta sen toteuttaminen tapahtuu kuntien yhteistyönä kuntayhtymissä. Erikoissairaanhoidossa kunnan terveydenhuollon tehtäviä on siten alueellistettu. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu sairaanhoitopiireihin (ESHL 7 §). Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään (ESHL 3 § 1 momentti). Sairaanhoitopiirejä on 20 ja lisäksi Ahvenanmaa muodostaa oman sairaanhoitopiirinsä. Kunta voi itse päättää siitä, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Erikoissairaanhoidossa kunta on velvoitettu osallistumaan sairaanhoitopiirin hallintoon ja hoitamaan laissa säädetyt erikoissairaanhoidon tehtävät sen kautta.

Erikoissairaanhoidon osalta vastuu on säädetty sairaanhoitopiirin kuntayhtymille. Sairaanhoitopiiri vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Sairaanhoitopiirissä hoidon johtaminen ja valvominen sekä hoidosta päättäminen kuuluvat johtavalle lääkärille tai kuntayhtymän muulle lääkärille. Erikoissairaanhoidossa kunnan ja sairaanhoitopiirin vastuusuhteita muutettiin ja selkiinnytettiin ns. hoitotakuusäännösten yhteydessä vuonna 2005. Sairaanhoitopiirillä on vastuu kiireellisten tilanteiden ja erikoissairaanhoidon lähetettyjen potilaiden osalta, mutta muilta osin vastuu on säilynyt kunnalla. Kun sairaanhoitopiirillä on vastuu erikoissairaanhoidon järjestämisestä, tulee kaikille sairaanhoitopiirin jäsenkuntien asukkaille järjestää palvelut samojen periaatteiden mukaisesti. Perusoikeuksien toteuttamisessa pidetään erityisesti tärkeänä alueellista yhdenvertaisuutta. Erilaisuutta kuntien palveluvalikoimissa ja niiden järjestämistavoissa rajoittaa perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuussäännös. Yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että toiminnasta vastaava taho jär-

jestäisi toiminnan siten, että kaikilla ihmisillä, jotka kuuluvat toimijan vastuupiiriin, tulee olla mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perustein.

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskus-sairaala. Näistä viisi on erityistason sairaanhoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita (Helsinki, Turku, Tampere, Oulu ja Kuopio). Sairaanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. Sairaanhoitopiirin sairaaloita käytetään ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon (ESHL 30 §). Poikkeuksena ovat erityistason sairaanhoito ja muut mahdolliset sopimuksenvaraiset järjestelyt. Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu viiteen erityisvastuualueeseen. Erityisvastuualueeseen pitää kuulua sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. Valtioneuvosto antaa asetuksella säännöksiä siitä, mitkä ovat erityisvastuualueet ja mitkä sairaanhoitopiirit kuuluvat mihinkin erityisvastuualueeseen.

Korkeakoulujen ja muiden oppilaitosten oppilaille opiskelun vuoksi toisen sairaanhoitopiirin alueella tapahtuvan oleskelun aikana sairaanhoitoa annetaan tämän sairaanhoitopiirin sairaalassa tai muussa toimintayksikössä. Sama koskee myös työnsä vuoksi vieraalla paikkakunnalla oleskelevia tai kun muu seikka välttämättä vaatii sairaanhoidon antamista toisessa sairaanhoitopiirissä.

Valtio osallistuu valtionosuusjärjestelmän kautta niihin kustannuksiin, jotka kunnille muodostuvat, kun ne järjestävät palvelut. Kunnan on osoitettava voimavaroja niihin palveluihin, joita sen on lain mukaan järjestettävä, mutta sillä on harkintavaltaa siinä, mihin se voimavaransa kohdentaa, kuitenkin rikkomatta perustuslain yhdenvertaisuusvaatimusta. Kunta voi myös päättää, miten se palvelut järjestää. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992, STVOL) mukaan kunta voi tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostamalla niitä muilta kunnilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta (STVOL 4 §).

Vuoden 1993 alussa voimaan tullut laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (lain nimi muutettu sittem-

min lailla 1706/2009) muutti syvällisesti terveydenhuollon toimintaa. Lainmuutoksen myötä valtionosuudet maksettiin peruskunnille palvelujen tarvetta kuvaavan laskukaa-
van mukaisina summina. Lainsäädännön muutos purki valtionhallinnon resurssioh-
jausjärjestelmän ja sen myötä siirryttiin entis-
tään hajautetumpaan terveydenhuoltoon,
jossa peruskunnilla oli valta ja vastuu järjes-
tää terveydenhuoltopalvelut parhaaksi kat-
somallaan tavalla. Uudistuksen tärkeimpiä
syitä olivat aiemman kustannusperusteisen
valtionapujärjestelmän menoja kasvattava
vaikutus sekä yleinen pyrkimys valtion kes-
kushallinnon tehtävien hajauttamiseen. Sa-
malla toivottiin, että peruskuntien asema suh-
teessa suuriin kuntayhtymiin vahvenisi. Toi-
saalta uudistuksen tullessa voimaan pelättiin,
että eri kuntien asukkaat joutuisivat eriarvoi-
seen asemaan. Taloudelliset tai poliittiset
syyt ovatkin johtaneet päätöksiin, joiden tu-
loksena kaikkien kuntien asukkaille ei enää
ole ollut tarjolla riittävästi terveystalvuluja.
Lakiuudistus tuli voimaan, kun Suomi oli
keskellä syvää talouslamaa. Uusi järjestelmä
joutui heti testattavaksi ääriolosuhteissa.

STVOL:n myötä siirryttiin resurssiohjauksesta kuntien itsehallinnolliseen tulostulovuuteen. Terveydenhuollon erityislaeissa säädetystä järjestämisvastuusta todettiin STVOL:ssa, että kunnan oli osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon (3 §). Valtionosuusudistuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena oli lisätä kunnallista itsehallintoa. Tämä merkitsee muun muassa kunnan asukkaiden oikeutta ja vapautta päättää palvelujen painotuksista ja asukkaiden tarpeiden huomiointamisesta haluamallaan tavalla, kuitenkin lainsäädännön asettamissa rajoissa. Samalla, kun uusi järjestelmä on tuonut joustavuutta, se on aiheuttanut myös sen, että joihinkin lainsäädännön edellyttämiin palveluihin eivät kaikki kunnat ole osoittaneet voimavaroja. Kunnan on kuitenkin varattava riittävästi varoja terveystalvelujen tuottamiseen tai ostamiseen. Kunnan on varattava talousarvioonsa määrärahat kiireellisen hoidon ohella myös muuta lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeellista hoitoa varten. Potilaan oikeutta hoitoon ei voida rajoittaa vetoamalla pelkästään kunnan tervey-

denhuoltoon osoittamien määrärahojen niukuuteen ottamatta huomioon hänen yksilöllisiä tarpeitaan.

Vuoden 2010 alusta tuli voimaan laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta (1704/2009). Uuteen lakiin koottiin eräin poikkeuksin nykyisistä hallinnonalakohtaisista valtionosuuksista yleinen valtionosuus, sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus sekä esi- ja perusopetuksen sekä yleisten kirjastojen, kuntien kulttuuritoimen ja asukaskohtaisesti rahoitetun taiteen perusopetuksen valtionosuudet. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia koskeneet, sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain säännökset kumottiin uuden lain myötä.

Valtionosuudet siirrettiin uudistuksella valtiovarainministeriön hallinnonalalle ja valtionosuuksien maksamisesta huolehti valtion talous- ja henkilöstöhallinnon palvelukeskus. Valtionavustukset, kuten kehittämisavustukset, jäivät opetusministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön budjetteihin ja hallintoon.

Yhdistetyissä valtionosuuksissa käytetään yhtä valtionosuusprosenttia. Uudistuksella ei muutettu voimassa olevien valtionosuuksien asukaspohjaisia määrätymisperusteita.

Kuntalaki (365/1995) luo puitteet kuntien eri hallinnonalojen toiminnan organisoimiseksi. Toiminnan kannalta kuntalaki on varsin joustava. Palvelut voidaan hoitaa itse, yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai hankkia ne muilta palvelujen tuottajilta (kuntalain 2 §). Kunnan peruspalvelujen lainmukaisuutta ja tuloksellisuutta arvioidaan monin eri tavoin ja eri näkökulmista. Valtion taholta laillisuusvalvontaa tekevät aluehallintovirastot ja Valvira.

2.1.3 Kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon tehtävät

Kansanterveyslain 1 §:n 1 momentin mukaan kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, joka sisältää myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisyn ja yksilön sairaanhoidon.

Erikoissairanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen,

hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (ESHL 1 § 2 momentti).

Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoito-laissa määritellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät sekä terveyskeskusten ja sairaaloiden velvoitteet ja vastuut. Julkisen terveydenhuollon järjestämismallisuuden sisältö ja laajuus määritellään pääasiassa kansanterveyslain 14 §:ssä ja erikoissairaanhoitolain 1 ja 3 §:ssä. Kunnan velvollisuuteen järjestää asukkaidensa sairaanhoito kuuluu lääkärin suorittama tutkimus, hänen antamansa tai valvomansa hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Järjestämismallisuuden kuuluu myös velvollisuus järjestää tarvittaessa mahdollisuus erikoislääkärinhoitoon sairaanhoitoon.

Terveydenhuollon järjestämismallisuutta koskeva lainsäädäntö on pääosin puitelainsäädäntöä, jossa kunnan vastuut on säädetty yleisellä tasolla niin, ettei sen perusteella voida yksiselitteisesti määritellä toiminnan laajuutta tai sisältöä. Tosin ns. hoitotakuusäännöksillä on kuitenkin aikaisempaa yksityiskohtaisemmin määritelty hoitoon pääsyä, hoidon tarpeen arvioinnista ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista ei kiireellisessä hoidossa. Säännökset tulivat voimaan maaliskuun 1 päivänä 2005.

Kansanterveystyö

Kansanterveystyö on säädetty kuntien tehtäväksi. Kunnat voivat perustaa yhdessä tehtävää varten kuntayhtymän taikka kunnat voivat sopia toisen kunnan kanssa, että tämä hoitaa osan kansanterveystyön toiminnoista. Kansanterveystyön toimeenpanosta huolehtii kunnassa yksi tai useampi kunnan määräämä monijäseninen toimielin. Toimielin huolehtii myös tehtävistä, jotka on muussa laissa säädetty terveyslautakunnan tai terveydenhoitolautakunnan tehtäviksi. Jos kansanterveystyöstä huolehtii kuntayhtymä, sen on asetettava kuntien yhteinen toimielin yhteisesti jäsenkuntia varten.

Kunnan asukkaiden sairaanhoito

Kansanterveyslain 14 §:n mukaan kunnan tulee järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Terveyskeskusten vastaanotto toiminnassa ilmenneiden ongelmien vuoksi tätä velvoitetta täsmennettiin nk. hoitotakuu-säännösten kautta. Tällöin määriteltiin Kansanterveyslain 15 b §:än, että terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arvioita ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana.

Lääkäripalvelujen käytössä Stakesin selvitysten mukaan kasvua on ollut erityisesti työterveyshuollossa (sekä kunnallinen että yksityinen työterveyshuolto). Myös erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynneissä ja yksityislääkärikäynneissä on selvää kasvua, kun taas terveyskeskuslääkärikäynnit ovat vähentyneet. Edelleen Stakesin selvitysten mukaan terveyskeskuslääkäripalvelujen käyttö painottui selvästi alimpiin tuloluokkiin. Pienituloisimmassa tuloviidenneksessä terveyskeskuslääkäriä oli viimeisen vuoden aikana käynyt noin 75 prosenttia vastanneista, kun vastaava osuus suurituloisimmassa tuloviidenneksessä oli runsas 40 prosenttia.

Hoitotakuun toteutumista on terveyskeskuksissa haitannut lääkärivaje. Ratkaisuja on haettu uudistamalla hoitajien ja lääkärin välistä työnjakoa, parantamalla puhelinpalveluja ja myös ostopalvelujen, vuokratyövoiman ja kokonaisulkoistusten kautta.

Terveyskeskusten hoitotakuun toimivuutta kartoitettiin viimeksi lokakuussa 2009. Tulosten mukaan yli puolet väestöstä asuu sellaisilla alueilla, joissa on ajoittain ongelmia saada välitön yhteys terveyskeskukseen. Kuitenkin hoidon tarpeen arviointi toteutuu pääsääntöisesti kolmen arkipäivän kuluessa koko maassa. Lääkärin vastaanotolle pääsi terveyskeskuksissa aikaisempaa nopeammin. Noin kolmasosa väestöstä pääsi lääkärin vastaanotolle kahden viikon sisällä. Kymmenesosa

väestöstä joutui odottamaan yli neljä viikkoa. Heikoin tilanne oli Itä-Savon, Länsi-Pohjan, Pohjois-Karjalan, Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan alueilla, joilla yli 50 prosenttia väestöstä joutui varautumaan yli neljän viikon odotukseen ei-kiireellisessä hoitotarpeessa. Paras tilanne oli Kanta-Hämeen ja Kainuun alueilla, joissa keskimäärin kaikki hoitoa tarvitsevat pääsivät lääkärin vastaanotolle kahden viikon sisällä.

Hoitajan vastaanottoaika pystyttiin järjestämään yli puolelle väestöstä (60 prosenttia) kolmessa päivässä ja viikossa 90 prosentille väestöstä.

Terveyserojen kaventamisen ja peruspalvelujen sekä tasa-arvon näkökulmasta perusterveydenhuollon vahvistaminen ja hoitotakuun toimivuus ovat olennaisia asioita.

Kansanterveystyön tehtävät

Kansanterveislain 14 §:n mukaan kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee:

1) huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista mukaan lukien ehkäisyneuvonta, raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden ja alle kouluikäisten lasten sekä heidän perheidensä neuvolapalvelut;

1a) seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden

kehitystä väestöryhmittäin, huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa

2) järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama

tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinällinen kuntoutus

2a) toteuttaa mielenterveyslaissa (1116/1990) tarkoitettua mielenterveystyötä järjestämällä kunnan asukkaiden tarvitsema sellainen ehkäisevä mielenterveystyö ja sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa

3) huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällinen pelastustoiminta sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius, lukuun ottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikkokelpoisten ja vastaavanlaisten erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa, siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään

4) ylläpitää suun terveydenhuoltoa, johon sisältyy väestön suun terveyden edistäminen sekä kunnan asukkaiden suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito

5) ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon sisältyy kunnassa sijaitsevien perusopetusta antavien koulujen ja oppilaitosten kouluyhteisön terveellisyys ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen yhteistyössä henkilökunnan työterveyshuollon kanssa, oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen suun terveydenhuolto mukaan lukien, yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus

6) ylläpitää kunnan alueella sijaitsevien asetuksessa säädettyä muuta kuin 5 kohdassa tarkoitettua koulutusta järjestävien oppilaitosten opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta opiskeluterveydenhuoltoa, johon luetaan opiskeluympäristön terveellisyys ja turvallisuuden edistäminen, opiskelijoiden terveyden ja opiskelukykyyn edistäminen, terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen, mielenterveyspalvelut ja suun terveydenhuolto mukaan lukien, järjestäminen opiskelijoille, sekä omalta osaltaan koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnin varmistaminen; yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden terveydenhoito ja sairaanhoito sekä suun terveydenhuolto voidaan kuitenkin kunnan suostumuksella järjestää myös muutoin sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymällä tavalla

7) tuottaa kunnan alueella sijaitsevilla työ- ja toimintapaikoissa työskenteleville työntekijöille työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain (1383/2001) 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja

8) järjestää kunnan alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville soveltuvin osin työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja

sen nojalla annetuissa säännöksissä tai määräyksissä tarkoitettua työterveyshuoltoa

9) järjestää seulontaa ja muita joukkotarkastuksia siten kuin valtioneuvoston asetuksella tarkemmin säädetään

10) järjestää kiireellinen avosairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, potilaan asuinpaikasta riippumatta

11) huolehtia siitä, että kunnan asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun sen tarve perustuu lakiin taikka asukkaan tai potilaan hoidon, toimeentulon, opiskelun tai muun vastaavan syyn kannalta välttämättömään perusteeseen

Lisäksi kunta on velvollinen antamaan poliisille ja vankeinhoitoviranomaisille virka-apua oikeuslääkeopillisten tutkimusten suorittamiseksi esimerkiksi päihtyneelle tai vangille. Terveyskeskuksen lääkärin tulee myös osallistua asevelvollisten tarkastuksiin. Asetuksella erikseen säädettyjen kuntien on järjestettävä merimiesten terveydenhuoltoa. Kunnan on myös hoidettava muita tehtäviä, jotka sille on annettu esimerkiksi tartuntatautilaissa tai päihdehuoltolaissa.

Kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen tulee osallistua perusopetuslain (628/1998) 15 §:n, lukiolain (629/1998) 11 §:n ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain (630/1998) 14 §:n mukaisen opetussuunnitelman laatimiseen siltä osin, kun se koskee oppilas- tai opiskelijahuoltoa sekä koulun tai oppilaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä. Lisäksi kunta voi myös tehdä muiden oppilaitosten kanssa sopimuksen oppilaitokselle kuuluvan terveydenhuollon järjestämisestä kunnan terveyskeskuksessa.

Kunta voi sopia alueellaan toimivan työnantajan kanssa siitä, että kunnan työterveyskeskus järjestää työnantajan palveluksessa oleville työntekijöille työterveyshuoltolain 14 §:ssä tarkoitettuja sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja.

Lisäksi vuoden 2008 alusta kunnan, jossa lapsi tai nuori on lastensuojelulain nojalla avohuollon tukitoimena tai sijaishuoltoon sijoitettuna taikka jälkihuollossa, on järjestettävä lapselle tai nuorelle hänen tarvitsemansa kansanterveystyöhön kuuluvat palvelut yhteistyössä lapsen sijoittajakunnan kanssa.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen

Kansanterveyslakia uudistettiin vuoden 2006 alusta terveyden edistämisen osalta siten, että kuntien tehtäviä terveyden edistämisessä täsmennettiin lain 14 §:ssä. Lähtökohdana oli muun muassa se, että tavoitteellinen johtaminen ja toiminnan arviointi edellyttävät, että kunta seuraa väestön terveydentilan kehitystä väestöryhmittäin ja että terveystieteelliset otetaan huomioon kaikessa kunnan toiminnassa. Kansanterveystyöhön kuuluvaasi luetaan edelleen terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan ohella myös yksilön sairaanhoito.

Kansanterveystyön tavoitteena on kunta-laisten mahdollisimman hyvä terveys, joka tulisi olla mahdollisimman tasapuolisesti kaikkien saavutettavissa. Vaikka väestön terveys on monien osoittimien mukaan jatkuvasti parantunut, ovat sosiaaliryhmien ja sukupuolten väliset erot säilyneet suurina. Monissa kunnissa ehkäisevän työn voimavaroja on supistettu 1990-luvulla, eikä kaikkia kansanterveyslain velvoitteita asianmukaisesti täytetä.

Väestön terveyttä edistetään ja sairauksia ehkäistään parhaiten silloin, kun päätösten sosiaali- ja terveysvaikutukset otetaan huomioon kaikilla hallinnonaloilla. Tärkeitä hyvinvointia ja terveyttä koskevia päätöksiä tehdään muun muassa kaavoituksessa, rakentamisessa, asumisen suunnittelussa ja toteutuksessa, liikennesuunnittelussa, koulutuksessa, työpolitiikassa ja luonnollisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toteutus edellyttää kunnissa ja alueellisesti toimivia rakenteita ja käytäntöjä sekä poikkihallinnollista yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteiden toteuttamiseksi. Välttämättömiä edellytyksiä ovat myös hyvinvointitiedon saatavuus ja tietojärjestelmät sekä hallinnonrajat ylittävän toiminnan kattava johtamisjärjestelmä sekä sovitut johtamiskäytännöt.

Kuntien tueksi vuonna 2006 valmistunutta terveyden edistämisen laatusuosituksista ei vielä kovin yleisesti käytetä työvälineenä kunnissa. Laatusuosituksen ydinsisältö on se, että terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tarvitsee johtamista, yhteistyörakenteita ja voi-

mavaroja. Vain osa kunnista on sisällyttänyt terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevia tavoitteita kuntasuunnitelmaansa tai talous- ja toimintasuunnitelmaan tai toteuttanut muita suosituksen linjauksia.

Kunta- ja palvelurakennemuutos ja sen toimeenpanoa tukeva sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (KASTE) luo kunnille mahdollisuudet vahvistaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamaa että eri hallinnonalojen välisenä yhteistyönä toteutettavaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Uudenlaisten suunnittelun ja päätöksenteon tasojen syntymisessä vaarana näyttää olevan se, että yhteistoiminta-alueilla kuntiin jääviä ja yhteistoiminta-alueen vastuulle tulevia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtäviä ei hoideta kokonaisuutena, vaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydet kunnan muuhun toimintaan katkeavat, ja laaja-alaisen, sektorirajat ylittävän yhteistyön edellytykset puuttuvat.

Terveyden edistämisen erityistehtäviä kansanterveystyössä ovat väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta ja arviointi väestöryhmittäin, terveydenhoitopalvelut (terveysneuvonta, terveystarkastukset, neuvolapalvelut, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto, seulontatutkimukset ja terveydensuojelu / ympäristöterveydenhuolto), terveyskasvatus, terveyden edistämisen asiantuntijuus ja terveyden puolesta puhuminen sekä terveysvaikutusten ennakkoarviointi.

Terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen alueellisesti

Kansanterveyslain 27 §:n mukaan kunnan tulee suunnitellaan ja kehittäänsä kansanterveystyötä olla yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Kunta- ja palvelurakennemuutosta koskevan puitelain 6 § määrittää laajan väestöpohjan kuntayhtymän (sairaanhoitopiirit) uudeksi tehtäväksi terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämisen tukemisen. Kuntayhtymän tehtävistä ei ole toistaiseksi tarkemmin säädetty. Näitä velvoitteita on tarpeen täsmentää siten,

että myös alueellisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on suunnitelmallista ja hyvin koordinoitua. Joidenkin sairaanhoitopiirien alueella on jo kuntien kanssa vakiintunutta terveyden edistämisen yhteistyötä tai toimintamalleja, ja joiltakin alueilta se lähes kokonaan puuttuu.

Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta

Kunnan tehtävänä on kansanterveyslain mukaan järjestää äitiys- ja lastenneuvolapalvelut. Kuntien tueksi on laadittu kansallisia oppaita vuosina 1999–2007. (Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa 1999, Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007).

Äitiys- ja lastenneuvolapalveluista on saatavissa seurantatietoa vuosilta 2004–2007. Vuonna 2007 tehdyn Lasten ja nuorten ehkäiseviä palveluja selvittävän kyselyn mukaan reilu kolmannes terveyskeskuksista oli järjestänyt äitiys- ja lastenneuvolapalvelut erillisinä toimintoina, reilu viidennes yhdistettyinä ja lopuissa palvelut oli järjestetty sekä erillisinä että yhdistettyinä samassa terveyskeskuksessa. Neuvolatoiminnan johtaminen ja henkilöstövoimavarat sekä toiminnan sisältö ja toimintatavat, mukaan lukien terveystarkastus- ja terveysneuvontakäytännöt, vaihtelevat melko paljon eri puolilla maata. Johtavien hoitajien määrä on hieman lisääntynyt vuodesta 2004.

Määräaikaistarkastukset eivät toteutuneet suositusten mukaan vuonna 2007. Puutteellisesti toteutuivat imeväisten tarkastukset. Lastenneuvolaoppaassa suositeltujen menetelmien käyttö lapsen kehityksen tai vanhempien hyvinvoinnin arvioimiseksi oli lisääntynyt. Perhevalmennuksen järjestäminen näyttää vähentyneen.

Neuvoloiden henkilökunta on varsin motivoitunutta työhönsä. Monessa terveyskeskuksessa ongelmana ovat riittämättömät terveydenhoitajien ja etenkin lääkäreiden henkilöstöresurssit. Puutetta on myös monesta muusta henkilöstöryhmästä. Moniammatillista työtä tehdään, mutta se on usein tapauskohtaista, ei ennalta suunniteltua. Tavoitteeksi asetettu lapsiperhepalvelujen verkos-

toiminen perhepalveluverkostoiksi tai -keskuksiksi on edennyt muutamassa vuodessa. Perhetyöntekijöiden palvelut ovat selvästi lisääntyneet ja suurin osa terveyskeskuksista järjesti näitä palveluja vuonna 2007.

Niukkojen voimavarojen vuoksi neuvola ei pysty riittävän hyvin tunnistamaan erityistuen tarpeessa olevia lapsia ja perheitä ja järjestämään tarvittavia tukitoimia. Vain neljäsosa terveyskeskuksista seurasi erityistä tukea tarvitsevien lasten ja perheiden määrää vuonna 2007. Tällöin ongelmien varhainen tunnistaminen ja tukitoimien järjestäminen eivät onnistu. Palveluja tulisi kuitenkin kohdentaa nykyistä enemmän niitä tarvitseville muun muassa terveyserojen kaventamisen ja mielenterveyden edistämisen näkökulmasta.

Ehkäisyneuvonta

Raskauden ehkäisyneuvonta tuli kuntien järjestettäväksi kansanterveyslain myötä 1972. Toiminta ohjeistettiin yksityiskohtaisesti ja neuvolaverkosto perustettiin kattavasti koko maahan. Vuonna 1995 noin kolmanneksessa terveyskeskuksista oli ehkäisyneuvontaa, kolmannes hoiti sitä väestövastuista ja kolmanneksessa järjestely oli jotakin siltä väliltä. Vuonna 2008 lähes puolet terveyskeskuksista oli järjestänyt ehkäisyneuvonnan äitiysneuvolaan ja viidesosa äitiys- ja lastenneuvolaan yhdistetyssä ehkäisyneuvolassa. Erillinen ehkäisyneuvola oli neljäsosassa terveyskeskuksista.

Ehkäisyvälineiden käytössä on selviä puutteita, sillä raskaudenkeskeytysten ja sukupuolitautilien määrät ovat tilastojen mukaan lisääntyneet 1990-luvun puolivälin jälkeen etenkin nuorilla ja nuorilla aikuisilla. Kaksi kolmasosaa kaikista klamydiatartunnoista on alle 25-vuotiailla.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi ensimmäisen kansallisen toimintaohjelman seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi vuosina 2007–2011 (STM 2007:17). Toimintaohjelmassa on esitetty toimenpiteitä raskauden ehkäisypalvelujen kehittämiseksi, sukupuolitautilien torjumiseksi sekä seksuaaliväestön integroimiseksi kaikkiin terveyspalveluihin.

Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö

Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö toteutuu useimmiten terveyskeskuspsykologien, neuvolan, kouluterveydenhuollon ja työterveyspalvelujen kautta. Sen volyymista ei ole tarkkaa tietoa. Terveyskeskuspsykologien toimenkuvassa ehkäisevä työ on vähentynyt korjaavan, hoitavan työn kustannuksella. Ehkäisevää mielenterveystyötä tehdään myös perusterveydenhuollon ja kouluterveydenhuollon vastaanotoilla muun muassa terveys-tarkastusten yhteydessä. Kasvun ja kehityksen ongelmien ja mahdollisten psyykkisten häiriöiden varhainen tunnistaminen on myös ehkäisevää mielenterveystyötä.

Raittiustyölaki (828/1982) velvoittaa valtion ja kunnat luomaan yleiset edellytyksen ehkäisevälle päihdetyölle. Sen mukaan kunnassa tulee olla erityinen toimielin, jolle raittiustyöasetus (233/1983, muutos 807/1992) antaa muun muassa tehtäväksi toimia yhteistyössä kunnan koulu-, sosiaali-, terveys- ja vapaa-aikatoimen kanssa ja muita terveitä elämäntapoja edistävien yhteisöjen kanssa päihteiden käytön välttämiseksi. Päihdehuoltolaissa (41/1986) on myös ehkäisyvelvoite, jossa korostuu elinoloihin ja elämäntapoihin vaikuttaminen.

Lääkinnällinen kuntoutus

Kuntoutuksen keinoin tähdätään ihmisen toimintakyvyn ja työkyvyn paranemiseen ja säilymiseen, osallisuuteen ja mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen elämän eri tilanteissa. Kunnan velvollisuus järjestää asukkaalleen lääkinällistä kuntoutusta määrätty yksilöllisesti arvioitun kuntoutustarpeen mukaan.

Kuntoutusjärjestelmän pääperiaatteena on, että kuntoutus järjestetään yleisten palvelujen ja sosiaalivakuutusjärjestelmän osana, jolloin se ulottuu usealle hallinnon ja toiminnan alalle. Sosiaali- ja terveydenhuolto, opetustoimi ja työhallinto järjestävät palvelu- ja koulutus-tehtäväänsä kuluva kuntoutusta. Kunnan tehtävänä on järjestää lääkinällinen kuntoutus siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi (KTL 14.1 § 2 kohta). Kansaneläkelaitos ja lakisääteistä va-

kuutusta hoitavat työeläkelaitokset ja vakuutuslaitokset vastaavat sosiaalivakuutukseen perustuvasta kuntoutuksesta. Kuntoutuksen suunnittelu ja seuranta kuuluu terveydenhuollon tehtäviin, usein myös silloin kun jokin muu taho vastaa kuntoutuksen järjestämisestä. Samalla kun kuntoutus on yhteensovitettu osaksi yleisiä palveluja ja sosiaaliturvaa, on se oma erikoistunut alueensa näiden järjestelmien sisällä. Yksittäisen ihmisen kuntoutuskokonaisuus koostuu usein monen eri tahon palveluista ja etuuksista.

Nykyisessä lainsäädännössä lääkinnällisestä kuntoutuksesta on säädetty samansisältöisesti sekä kansanterveyslaissa että erikoissairaanhoidolaissa. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/1991, kuntoutusasetus) määrittelee kuntoutuksen seuraavasti: ”Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään parantamaan ja ylläpitämään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistämään ja tukemaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa.” Lisäksi asetuksessa on määritelty tarkemmin lääkinnällisen kuntoutuksen vakiintuneet palvelut.

Kuntoutuspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta vastaavat tahot voivat tuottaa kuntoutuspalvelut itse tai ostaa niitä muilta palvelujen tuottajilta. Kuntoutuspalvelujen tuottajia ovat julkisella sektorilla terveys- ja sosiaalikeskukset, sairaalat, sosiaalihuollon laitokset, oppilaitokset ja työhallinnon toimintayksiköt. Yksityisiä palveluntuottajia ovat kuntoutuslaitokset, fysikaaliset ynnä muut hoitolaitokset, kansanterveys- ja vammaisjärjestöt sekä itsenäiset ammatinharjoittajat. Kuntoutusta järjestävät edellä mainittujen lisäksi valtiokonttori, vakuutuslaitokset, työterveyshuolto ja ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS).

Lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyvä kuntoutusneuvonta ja ohjaus, kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia selvittävät tutkimukset, työ- ja toimintakykyä edistävät, ylläpitävät ja parantavat terapiat ja kuntoutusjaksot sekä kuntoutuskurssit laitospaikka- tai avohoidossa, apuvälinepalvelut sekä sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus. Nykyisessä kuntoutusasetuksessa säädetään tarkemmin lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä, palveluista, suunnittelusta ja seuran-

nasta sekä apuvälineistä. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja ovat muun muassa fysioterapia ja toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus, psykoterapia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet (kuntoutusasetus 3.2 §).

Vastuunjako lääkinnällisessä kuntoutuksessa on seuraava:

1) Välittömästi sairaanhoitoon liittyvän kuntoutuksen järjestää kunnallinen terveydenhuolto. Jos kyseessä on tapaturma- tai liikennevahinko tai muu korvattava vahinko haetaan hoitoa ja kuntoutusta varten maksusitoumus vakuutusyhtiöltä. Jatkokuntoutuksen korvaamisesta päättää vakuutusyhtiö.

2) Vaikeavammaiselle tarkoitettu Kansaneläkelaitoksen lääkinnällinen kuntoutus voi tulla kyseeseen alle 65-vuotiaalle henkilölle sen jälkeen kun hän on saanut Kansaneläkelaitoksen päätöksen korotetusta tai ylimmästä hoito- tai vammaistuesta. Kuntoutushakemukseen on liitettävä henkilöä hoitavan julkisen eli kunnallisen terveydenhuollon 1-3 vuodeksi laatima kuntoutussuunnitelma. Suunnitelma tehdään erikseen sitä varten laaditulle Kansaneläkelaitoksen lomakkeelle. Kokonaisvastuu kuntoutuksesta säilyy kunnallisella terveydenhuollolla. Kansaneläkelaitos voi lisäksi harkinnanvaraisesti järjestää muuta lääkinnällistä kuntoutusta kuten esimerkiksi kuntoutuskursseja erilaisille sairausryhmille. Äkillisten aivovaurioiden jälkeisessä kuntoutuksessa tämä on kuitenkin ollut vähäistä.

3) Vastuu niiden lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä, joilla ei ole oikeutta vakuutusyhtiön tai Kansaneläkelaitoksen kustantamaan kuntoutukseen – siis kuntoutujien suuresta enemmistöstä – on kunnallisella terveydenhuollolla.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen perustana on laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005), joka tuli voimaan lokakuun alussa 2005.

Kansaneläkelaitoksen järjestämä lakisääteinen lääkinnällinen kuntoutus tarkoittaa vaikeavammaisten alle 65-vuotiaiden kuntoutusjaksoja avo- ja laitoshoidossa (siis käytännössä terapioiden ja kuntoutuslaitoshoidon, terveydenhuollon huolehtii muun muassa apu-

välineistä ja kuntoutusohjauksesta) Kansaneläkelaitoksen lääkinällistä kuntoutusta sai vuonna 2009 yhteensä 20 654 vaikeavammaista, joista runsas kolmannes (8397) alle 16-vuotiaita. Kansaneläkelaitoksen kustannus kaikilta oli 112 miljoonaa euroa eli 5 459 euroa kuntoutujaa kohti.

Kansaneläkelaitos järjestää kuntoutusta kaikkiaan noin 83 760 henkilölle (lakisääteinen vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus ja vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus sekä harkinnanvarainen kuntoutus). Julkinen terveydenhuolto järjestää lääkinällistä kuntoutusta ehkä noin 500 000 henkilölle.

Tapaturma- ja liikennevakuutus korvaa lääkinällisestä kuntoutuksesta aiheutuvat kustannukset julkiselle tai yksityiselle palveluntuottajalle. Korvausvelvollisuutta täsmennettiin tammikuun alusta 2005 voimaan tulleen tapaturma- ja liikennevakuutuslaitosten sairaanhoidon korvauksen täysikustannusvastuun mukaisesti.

Käytännössä perusterveydenhuollon järjestämässä kuntoutuksessa painottuvat fysioterapia- ja apuvälinepalvelut, jonkin verran järjestetään puhe- ja toimintaterapiapalveluja. Yksityinen sektori ja järjestöt tuottavat näitä osin ostopalveluina sekä SV3 f-menettelyllä eli antamalla potilaille lähete Kansaneläkelaitoksen subventoimaan kuntoutukseen (arviolta 40–50 prosenttia terveyskeskuslääkärin lähetteellä).

Keskeinen lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluva alue on apuvälinepalvelut. Apuvälineiden tarve, merkitys ja mahdollisuudet itsenäisen suoriutumisen tukemisessa kasvavat rajusti lähivuosina. Syynä ovat ikääntyneiden määrän lisääntyminen ja kehittyvän teknologian tuomat uudet apuvälineet. Apuvälineiden saatavuus -selvityksen mukaan yli puolet lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden saajista oli yli 65 -vuotiaita. Kaikista eläkeikäisistä noin joka toinen käyttää jotain apuvälinettä. Suhteutettuna apuvälineiden käytön nykytilanne vuoden 2012 väestöennusteeseen Suomessa on tuolloin 600 000 yli 65-vuotiaasta apuvälineen tarvitsijaa. Apuvälinepalveluihin kuuluvat apuvälineiden tarpeen määrittely, välineiden sovitus, muutostyöt, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytön opetus ja seuranta sekä välineiden huolto

ja tarvittaessa kuljetus apuvälineen luovutuksen ja huollon yhteydessä.

Apuvälineiden saamisen edellytyksenä on lääkärin toteama sairaus, vamma tai toiminnanvaja ja sellaisen aiheuttama apuvälineen tarve. Apuvälineen tarpeen voi todeta ja sen luovuttamisesta päättää muukin terveydenhuollon ammattihenkilö asianomaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä sovitun työnjaon mukaisesti. Tarpeen arviointi perustuu henkilön kokonaistilanteeseen, jossa huomioidaan henkilön toimintakyky, elämäntilanne, apuvälineen käytön turvallisuus ja käyttöympäristö sekä hänen saamansa muut palvelut.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluva apuväline on väline (mukaan lukien laitteet, tarvikkeet, instrumentit, tekniikat ja ohjelmistot), joka on erityistarkoitukseen valmistettu tai yleisesti saatavilla oleva, ja joka edistää tai ylläpitää henkilön toimintakykyä ja osallistumista silloin, kun toimintakyky on lääkinällisin perustein todetun toimintajavuuden tai ikääntymisen takia heikentynyt. Apuvälineisiin luetaan myös kuntoutuksessa tarvittavat hoito- ja harjoitusvälineet. Apuvälineet voivat vähentää muiden palvelujen ja tukitoimien tarvetta, aikaansaada taloudellisia säästöjä, helpottaa avustavien henkilöiden työtä ja parantaa työturvallisuutta. Apuvälineet mahdollistavat ja tukevat henkilön itsenäistä selviytymistä hänen omassa työ- ja elinympäristössään.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton julkaisemassa Apuvälinepalvelujen laatusuosituksessa (2003) edellytetään sairaanhoitopiirejä sopimaan alueella apuvälinepalvelujen keskittämisestä, työn- ja vastuunjaon sopimisesta ja toimintatapojen yhtenäistämisestä. Apuvälinepalvelujen tulee olla käyttäjälähtöisiä, oikea-aikaisia, ja yhtenevin perustein tapahtuvaa. Palvelujen tehokas järjestäminen edellyttää organisaatioiden välistä työnjakoa, yhtenäisiä hankintamenettelyjä käytettävissä olevin voimavaroin. Soveltamiskäytäntöjen yhtenäistämisellä on tärkeä kuntalaisten yhdenvertaisuutta lisäävä merkitys.

Kuntoutusjärjestelmän kehittämisessä ja kuntoutuksen kohdentamisessa erityistä huomiota tulisi kiinnittää työelämässä olevien työkyvyn ylläpitämiseen, päihde- ja mie-

lenterveyskuntoutujiin, työmarkkinoilta syrjäytyvien työllistymiseen, sosiaalisen kuntoutuksen tarpeessa oleviin, oppimisvaikeuksissa oleviin lapsiin ja syrjäytymisuhan alaisiin nuoriin sekä ikääntyvään väestöön. Erityisesti kuntoutukseen ohjautumista ja varhaista kuntoutuksen käynnistymistä on tehostettava. Epätietoisuus kuntoutuksen kustantajatahosta ja kuntoutujan siirtely toimijalta toiselle antaa aihetta selkeyttää kuntoutuksen järjestämisvastuuta ja kuntoutuksen koordinaatiota.

Mielenterveystyö

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut).

Mielenterveysongelmia voidaan kutsua yleisyytensä ja välittömien ja välillisten elämäntytyväisyyden, terveyden ja kansantaloudellisten merkityksiensä vuoksi kansansairauksiksi. Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä etenkin masennus- diagnoosilla on vahvasti lisääntynyt 1980-luvun lopulta saakka ja jatkaa edelleen nousua. Lasten ja nuorten psykiatristen palvelujen ja erityisopetuksen tarve on voimakkaasti lisääntynyt. Vanhusväestön mielenterveyspalvelujen kysyntä tulee tulevaisuudessa kasvamaan väestön ikärakenteen muutoksen vuoksi.

Erikoissairaanhoitolain muutos 1991 toi psykiatrian erikoisalaksi muiden erikoisalojen rinnalle sairaanhoitopiireissä. Tämä on ollut pääosin positiivinen muutos, mutta samanaikainen psykiatrian avohoitopalvelujen siirtyminen kuntiin ilman riittävää yhteensovittamista muiden psykiatrian erikoissairaanhoidon palvelujen ja perusterveydenhoidon psykiatrisen työn kanssa on aiheuttanut hoitoketjujen ja – järjestelmän sekä rahoituksen pirstaloitumisen.

Terveyskeskuksessa annetut mielenterveyspalvelut voidaan jakaa kahteen ryhmään:

normaali terveyskeskuksen toiminta ja toiseksi osana terveyskeskusta toimivien erikoissairaanhoitoon kuuluvien mielenterveystoimistojen ja -keskusten toiminta..

Noin 50 prosenttia maamme kunnista on järjestänyt psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja ainakin osittain kunnan omana toimintana perusterveydenhuollon yhteyteen. Kansanterveystyön mukaiseen perusterveydenhuollon psykiatriseen työhön kuuluu häiriöiden ennalta ehkäisy, tunnistaminen ja varhainen hoito. Tärkeinä alueina voidaan mainita muun muassa lasten ja nuorten ongelmien varhainen tunnistaminen ja haitalliseen terveyskäyttäytymiseen puuttuminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, aikuisten päihde- ja mielenterveysongelmien varhainen tunnistaminen ja riskivanhemmuuden tukeminen.

Valtaosa väestön lievemmistä psyykkisistä ongelmista voidaan hoitaa perustasolla (terveyskeskuksissa, opiskelu- ja työterveyshuollossa) riittävän yhteistyön, koulutuksen, työnohjauksen ja psykiatrisen konsultaation turvin. Esimerkkinä toimivasta perusterveydenhuollon varhaisesta hoidosta voidaan mainita useissa kunnissa käytössä oleva depressiohoitajamalli. Myös niiden psykiatristen potilaiden kokonaisvaltainen hoito, jotka eivät enää tarvitse aktiivista erikoissairaanhoitoa, tulisi tapahtua perustasolla.

Mielenterveyslain mukainen avohoitopainotteinen psykiatrinen hoito ei ole toteutunut. Palvelujen pirstoutuminen on luonut osittain liian pieniä yksiköitä, jotta erikoistunutta, pitkäjänteistä erikoissairaanhoitoa olisi voitu toteuttaa vakavien psyykkisten sairauksien hoidossa. Myös liikkuvaa työtapaa, kotiin vietyä intensiivistä hoitoa toteutetaan niukasti. Tehtyjä käypä-hoito suosituksia ei ole viety kattavasti käytäntöön. Hoitoratkaisuissa ovat vaikuttaneet sekä taloudelliset resurssit että tarjolla oleva osaaminen.

Psykiatrinen sairaalahoido on tehostunut osastopaikkojen vähenemisen ja hoitajaksojen lyhenemisen myötä, mutta esimerkiksi pakkohoitotoimenpiteitä toteutetaan runsaasti. Viime vuosikymmenenä etenkin nuorisopsykiatriset sairaansijat ovat lisääntyneet. Avohoidon riittämättömyys lisää todennäköisesti sairaalahoidon käyttöä.

Mielenterveydenhäiriöt ovat usein pitkäkestoisia. Varhainen ja asianmukainen hoito on tehokasta häiriön pitkittymisen ja toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisyä. Mielenterveyteen liittyvä kuntoutus on perusterveydenhuollon toimintana suhteellisen vähäistä ja jäsentymätöntä. Siitä vastaa lähinnä kotisairaanhoido, mutta pitkäaikaipotilaiden porrasteiseen arkielämässä selviytymiseen ja parhaimmassa tapauksessa työllistymiseen tähtäävään kuntoutukseen perusterveydenhuolto ei yleensä osallistu. Kuntoutuskotipalvelut tuottaa yleensä kolmas sektori, usein irrallaan muusta mielenterveysystä.

Päihdetyö

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan on järjestettävä päihdepalveluja kunnassa ilmenevän tarpeen mukaan sekä sosiaali- että terveydenhuollon yleisinä palveluina että päihdehuollon erityispalveluina. Vastuu palveluista on kunnalla. Huumeiden käyttäjien terveysneuvonta ja pistosvälineiden vaihto on annettu tartuntatautiasetuksessa (786/1986) tartuntatautien vastustamistyöstä vastaavalle kunnalliselle toimielimelle ja sen alaisena terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaavalle lääkärille.

Perusterveydenhuolto on ottanut vastuuta päihdetyöstä esimerkiksi varhaisvaiheen päihdehaittojen ehkäisystä (mini-interventio) ja katkaisuhoidon järjestämisestä, mutta terveydenhuollossa toteutettavien päihdepalvelujen saatavuus vaihtelee paljon alueittain.

Mielenterveys- ja päihdetyön näkökulmasta erityisesti depressio, ahdistushäiriöt, päihteiden väärinkäyttö sekä alaikäisten psykososiaalinen oireilu ovat suuria kansanterveysongelmia ja näin ollen niiden hoitamisen ensisijainen vastuu tulisi kuulua peruspalveluille. Päihdeongelmissa vastuu jakaantuu sekä perusterveydenhuollossa että sosiaalitoimelle. Terveyskeskusten mahdollisuudet ja halukin näiden sairauksien hoitoon on ollut riittämätön, mikä on johtanut siihen, että ne ovat tarpeettomasti kuormittaneet psykiatrista erikoissairaanhoidoa. Erityisen puutteellista tämä on ollut alaikäisten psykososiaalisen oireilun kohdalla.

Päihdehuollon erityispalvelujen käyttöä on rajoittanut kuntien sosiaalitoimen varaamien

resurssien loppuminen jo kesken vuoden. Viime vuosina yleistyneet depressio- ja päihdehoitajat ovat paikoitellen korjanneet tilannetta, mutta edelleenkin erityisesti terveyskeskuslääkäreiden valmiudet hoitaa näitä sairauksia eivät ole useinkaan vastaavat kuin valmiudet hoitaa somaattisia kansansairauksia.

Suurimmassa osassa yli 20 000 asukkaan kuntia on tarjolla avomuotoisia päihdehuollon erityispalveluja, mutta alle 20 000 asukkaan kunnissa vain harvassa on avomuotoisia erityispalveluja. Niissä päihdepalvelut hoidetaan yleensä osana peruspalveluja. Järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat toteuttavat yli puolet päihdehuollon erityispalveluista.

Ensihoito, sairaankuljetus ja päivystys

Kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 3 kohdassa sairaankuljetuksen järjestäminen sekä lääkinnällisen pelastustoiminnan ja tarvittavan sairaankuljetusvalmiuden järjestäminen ja ylläpitäminen, lukuun ottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikkokelpoisten ja vastaavanlaisten erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa, on säädetty kunnan tehtäväksi. Erikoissairaanhoidon 1 §:n 2 momentin mukaan erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan muun muassa lääkinnälliseen pelastustoimintaan kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä annetun valtioneuvoston asetuksen (1019/2004) 7 §:n 2 momentin mukaan terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamiseksi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien tulee erityisesti arvioida muun muassa alueen päivystys ja ensihoidon palvelujen toiminnallinen kokonaisuus.

Sairauksien kuljetuksesta säädetään tarkemmin sairaankuljetuksesta annetussa asetuksessa (565/1994). Asetuksen mukaan terveyskeskuksen tehtävänä on ohjata ja valvoa perustason ja osaltaan hoitotason sairaankuljetustoimintaa. Sairauksien hoitopiiriin tehtävänä on ohjata ja valvoa osaltaan hoitotason sairaankuljetustoimintaa.

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen käsitteet on määritelty sairaankuljetuksesta annetussa asetuksessa. Käytännössä sairaankuljetuksesta on muodostunut yläkäsite, jolla nykyään

tarkoitetaan ensihoitojärjestelmässä tapahtuvaa eri toimijoiden suorittamaa potilaan tilanarviota, hoitoa ja kuljettamista sairaankuljetusajoneuvolla. Lääkinnällisen pelastustoiminnan käsitettä ei ole määritelty lainsäädännössä. Käytännössä sillä tarkoitetaan terveydenhuollon äkillisten tilanteiden hoitamiseksi tarvittavaa toiminnallista osaa, kuten tapahtumapaikalla hoitolaitosten ulkopuolella annettavaa ensiapua ja ensihoitoa, potilaan kuljetusta ja hoitoa kuljetuksen aikana, sekä välitöntä ensihoitoa sairaalassa. Muita lääkinnällisen pelastustoiminnan osia ovat muun muassa terveyskeskusten ja sairaaloiden valmius- ja lääkintäryhmät, sopimuksen mukaiset vapaaehtoiset ensiapuryhmät sekä näiden ohjaamiseen tarvittavat johtamis-, tietoliikenne-, asiantuntija- ja tukijärjestelmät.

Nykyisessä lainsäädännössä ei ole säännöksiä ensivastetoiminnasta. Ensivasteyksiköllä tarkoitetaan käytännössä hätäkeskuksen hälytettävissä olevaa muuta ajoneuvoa kuin ambulanssia, kuten esimerkiksi paloautoa, joka tavoittaa hätätilapotilaan nopeammin kuin lähin ambulanssi. Ensihoitoa ja sairaankuljetusta koskeva käsitteistö on jäänyt puutteellisesti määritellyksi toiminnan kehityttyä.

Kunnat voivat järjestää sairaankuljetuksen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:ssä tarkoitetuilla tavoilla, eli hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä, hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä, tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta taikka antamalla palvelusetelin laissa tarkoitettulla tavalla. Useilla alueilla pelastuslaitokset hoitavat nykyään ensihoito- ja sairaankuljetustehtäviä ilman kilpailutusta kunnan sisäisenä toimintana tai kilpailutuksen perusteella. Pelastuslaitokset tuottavat valtaosassa maata myös ensivastepalveluja. Ensivastepalveluja hoitavat pelastuslaitoksen päätoimisen henkilöstön lisäksi lukuisat pelastuslaitosten sopimuspalokuntina toimivat vapaaehtoiset palokunnat ja sivutoiminen pelastushenkilöstö.

Pelastuslain (468/2003) mukaan kunnat vastaavat pelastustoimesta yhteistoiminnassa valtioneuvoston määräämällä pelastustoimen alueella (alueen pelastustoimi). Kunnat ovat

valinneet yhteistoiminnan muodoksi useimmiten kuntayhtymän tai sopineet tehtävän antamisesta toisen kunnan hoidettavaksi kuntalain 76 §:ssä tarkoitettulla tavalla taikka perustaneet kunnallisen liikelaitoksen. Kahdella pelastustoimen alueella tehtävät hoitaa maakunnan liitto. Pelastustoimen alueen tehtävien hoitamista varten alueen pelastustoimella tulee olla pelastuslaitos. Lisäksi alueen pelastustoimen järjestelmään voi kuulua vapaaehtoisia palokuntia sopimuspalokuntina. Pelastustoimesta annetun valtioneuvoston asetuksen (787/2003) mukaan alueen pelastustoimi tuottaa sairaankuljetus-, ensihoito- ja ensivastepalveluja, jos terveydenhuoltoviranomaisten kanssa siitä on sovittu. Valmisteilla olevassa uudessa pelastuslaissa on tarkoitus säilyttää nykyisen kaltaisina pelastustoimen alueen muodostamisesta annetussa laissa säädetyt periaatteet kuntien yhteistoiminnan järjestämisestä.

Pelastusopistot kouluttavat pelastajia, jotka saavat pelastustoimintaan kuuluvan pätevyyden lisäksi pätevyyden sairaankuljetustehtäviin. Pelastuslaitosten syksyllä 2008 tekemän selvityksen mukaan pelastustoimen palveluksessa on noin 600 yksinomaan sairaankuljetus- ja ensihoitotyötä tekevää terveydenhuollon ammattilaista sekä lisäksi noin 1500 pelastajatutkinnon suorittanutta henkilöä, jotka voivat toimia sekä sairaankuljetuksen että pelastustoimen tehtävissä.

Pelastuslaitosten ja henkilöstön toimintakykyhankkeen loppuraportin (Sisäasiainministeriön julkaisuja 39/2009) mukaan ympäri vuorokauden päivystäviä päätoimisia asemia on 90 kappaletta ja osan aikaa vuorokaudesta päivystäviä päätoimisia asemia on 47 kappaletta. Pelastustoimen tehtävät muodostuvat pelastus-, ensivaste- ja ensihoitotehtävistä. Vuosina 2004–2007 ensihoito- ja ensivaste-tehtävät muodostivat noin 84 prosenttia pelastuslaitosten kokonaistehtävämäärästä.

Meripelastuslakia (1145/2001) sovelletaan meripelastustoimen vastuualueella vaarassa olevien ihmisten etsimiseen ja pelastamiseen, heille annettavaan ensihoitoon sekä vaaratilanteeseen liittyvän radioviestinnän hoitamiseen merialueella, joka käsittää Suomen aluevedet, niillä olevan saariston sekä aluevesiin välittömästi liittyvän kansainvälisen merialueen osan, josta on naapurivaltioiden

kanssa erikseen sovittu. Meripelastuslain mukaan sosiaali- ja terveystoimikunta vastaa meripelastustoimessa ensihoitopalvelun järjestämisestä sekä puhelinvälitteisten lääkäripalvelujen tuottamisesta. Meripelastuslaissa säädetään valmiusvaatimuksista siten, että meripelastustoimen päivystysvalmiudessa olevalla helikopterilla tulee voida osallistua etsintä- ja pelastustehtävään liittyvään perustasoiseen ensihoitopalveluun.

Sairaankuljetuslupaa koskevat säännökset siirrettiin luvanvaraisesta henkilöliikenteestä tiellä annetusta laista (343/1991) yksityisestä terveydenhuollosta annettuun lakiin (152/1990) 3 päivänä joulukuuta 2009 voimaan tulleella lainmuutoksella. Yksityisillä sairaankuljetuspalvelujen tuottajilla on oltava lupa toiminnan harjoittamiseen yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain mukaisesti. Julkisoikeudelliset yhteisöt, kuten esimerkiksi kunnat, kuntayhtymät tai niiden ylläpitämät pelastuslaitokset, eivät tarvitse lupaa. Luvan myöntämisedellytykset ovat asianmukainen sairaankuljetusajoneuvo varustuneen ja toimintaan osallistuvan henkilökunnan asianmukainen koulutus. Toiminnan tulee myös olla lääketieteellisesti asianmukaista ja siinä tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus. Lupaviranomaisen on myönnettävä lupa, jos hakija, henkilökunta ja kalusto täyttävät laissa säädetyt edellytykset. Luvan myöntäminen ei enää perustu tarveharkintaan. Sairaankuljetuspalvelujen tuottamiseen myönnetty lupa oikeuttaa harjoittamaan sairaankuljetusta koko maassa Ahvenanmaata lukuun ottamatta. Luvan myöntää se aluehallintovirasto, jonka toimialueella liikenteen asemapaikka on. Jos liikenteen asemapaikka on kahden tai useamman aluehallintoviraston toimialueella, luvan myöntää Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto.

Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminta on muodostunut osaksi vakiintunutta ja toimivaa ensihoito- ja pelastuspalvelua. Toimintaa sääntelevät Ilmailulaki (1242/2005), Yhteis-eurooppalainen ilmailumääräysarja JAR OPS 3 ja Rajavartiolaki (578/2005), mutta terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole helikopteritoimintaa koskevia erityissäännöksiä. Suomessa toimii viisi lääkäri- ja pelastushelikopteria: ASLAK Sodankylässä, IL-MARI Varkaudessa, Medi-Heli 01 Vantaalla,

Medi-Heli 02 Turussa, ja SEPE Oulussa. Lääkäri- ja pelastushelikoptereiden lentotoiminta rahoitetaan Raha-automaattiyhdistyksen tuotosta lentotoimintaa ylläpitäville yhdistyksille myönnettävin avustuksin. Yliopistolliset sairaanhoitopiirit vastaavat lääkinnällisen toiminnan kustannuksista. Sisäasiainministeriö rahoittaa sopimukseen perustuen etsintä- ja pelastustoiminnan tehtävät suorituserusteisesti, joihin ne sitoutuvat vuosittaisen budjettinsa kautta. Kansaneläkelaitos maksaa kustannusten korvauksia helikopterilla suoritetuista sairaankuljetuksista sairausvakuutuslain (1224/2004) perusteella.

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen rahoitusjärjestelmä on kolmikanavainen. Rahoitukseen osallistuvat terveyskeskusta ylläpitävät kunnat ja kuntayhtymät, Kansaneläkelaitos sairausvakuutuslain perusteella ja potilas omavastuuosuudellaan.

Kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 10 kohdan mukaan kunnan tulee järjestää kiireellinen avosairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, potilaan asuinpaikasta riippumatta. Erikoissairaanhoitolain 31 §:n mukaan kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairautentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen, että lähetteen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Päivystyshoidon tai kiireellisen hoidon käsitteitä ei ole määritelty lainsäädännössä. Käytännössä päivystyshoidolla tarkoitetaan yleensä hoitoa, joka on tarpeen antaa välittömästi, pääsääntöisesti 24 tunnin sisällä.

Päivystystoiminnassa on tapahtunut suuria muutoksia 2000-luvulla. Päivystyksiä on keskitetty suurempiin yksiköihin, yhteispäivystysmalleja kehitetty ja potilasohjausta pyritty suunnittelemaan alueellisesti. Hoidon kiireellisyyden arviointi on pyritty kehittämään erilaisin menetelmin ja ohjeistuksin. Päivystyksen toimipaikkojen harventuessa ja keskityessä alueellisiin yhteispäivystyksiin, ensihoitopalvelun rakenteen ja sijoittelun tärkeys asukkaiden perusturvan ja alueellisen tasavaroisuuden turvaamiseksi korostuu. Sosiaali- ja terveysministeriön yhtenäiset päivystyshoidon perusteet -työryhmä jätti raportin

ja kehittämissuosituksia 2010. Raportin mukaan on tarpeen edelleen vähentää keskitettyjä palveluja tuottavien erikoislääkäritasojen päivystyssairaaloitten määrää.

Suun terveydenhuolto

Kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 4 kohdan mukaan kuntien tulee ylläpitää suun terveydenhuoltoa, johon sisältyy väestön suun terveyden edistäminen sekä kunnan asukkaiden suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito. Sairausvakuutus täydentää julkista terveydenhuoltoa korvaamalla osan yksityisen terveydenhuoltopalvelujen käyttämisestä vakuutetulle syntyneistä kustannuksista.

Suun terveydenhuollossa käyneiden osuudet aikuisväestössä ovat olleet kasvussa hammashoitouudistuksen myötä 2000-luvulla. Samanaikaisesti lasten ja nuorten suun terveydenhuollon hoitokäynnit ovat vähentyneet terveystakesuksissa. Terveystakesuksissa vuonna 2008 suun terveydenhuoltopalveluja käytti noin 1,9 miljoonaa henkilöä. Noin 22 prosenttia 56 vuotta täyttäneistä käytti suun terveydenhuollon palveluja vuonna 2008. Tämä oli noin 25 prosenttia enemmän kuin vuonna 2002. Suun terveydenhuoltokäyntien kokonaismäärä on pysynyt noin viidessä miljoonassa käynnissä. Lasten tarkastuksia on vähennetty hammaslääkäreiltä tai niiltä on siirretty suuhygienisteille. Lainmuutosten myötä työn painopistettä on siirretty enemmän aikuisten hoitamiseen.

Yksityisiä hammaslääkäripalveluja käytettiin Kansaneläkelaitoksen sairaanhoitokorvaustilaston mukaan 2,9 miljoonaa kertaa vuonna 2008. Yksityisiä hammaslääkäripalveluja käytti noin miljoona asukasta. Noin 29 prosenttia 56 vuotta täyttäneistä sai vuonna 2008 Kansaneläkelaitoksen maksamaa korvausta yksityisten hammaslääkäripalvelujen käytöstä.

Hoidossa käyneiden osuudet terveystakesuksissa ovat kasvaneet voimakkaimmin ikäryhmissä, jotka tulivat asteittain vuosina 2001 ja 2002 toteutetun lainsäädäntöuudistuksen johdosta palvelujen piiriin ja joiden edellisestä hoitokäynnistä oli kulunut aikaa keskimääräistä enemmän. Lainsäädäntöuudistuksessa kansanterveyslakia muutettiin suun terveydenhuoltoa koskien muun muassa

siten, että hoitoon pääsyn perusteena ei enää ollut ikä, vaan kunnan velvollisuutena on järjestää suun terveydenhuollon palvelut samaan asemaan muun terveydenhuollon palvelujen kanssa niin, että palvelut järjestetään ja annetaan potilaan suun ja hampaiden terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen perusteella. Sairausvakuutus korvaa hammashoitopalvelujen käytöstä syntyneitä kuluja ikään katsomatta.

Aikuisten suun terveydenhuollon palvelujen järjestäminen on edellyttänyt toimintakäytäntöjen ja työnjaon uudistamista terveystakesuksissa. Käynnit suuhygienistillä ovat kasvaneet vuodesta 1994 lähtien sekä alle 18-vuotiailla että 18 vuotta täyttäneillä. Lasten suun terveystarkastuksia on siirretty suuhygienisteille. Myös aikuisten käynnit suuhygienisteille ovat lisääntyneet. Käyntimäärät ovat kasvaneet, koska suuhygienistien määriä on lisätty.

Terveystakeskusten suun terveydenhuollon palvelujen käytössä on sairaanhoitopiirikohtaisia eroja. Eroja on sekä alle 18-vuotiaiden että 18 vuotta täyttäneiden asiakasmäärissä. Erot ovat säilyneet 2000-luvulla samansuuruisina.

Hoitotakuun toteutumisessa suun terveydenhuollossa on edelleen ongelmia erityisesti terveystakesuksissa, jotka kärsivät työvoimapulasta. Lokakuussa 2009 suun terveydenhuollossa kiireetöntä hoitoa yli 6 kuukautta odottavien määrä oli kasvanut maaliskuusta. Selvityksen mukaan lokakuussa 2009 noin 7 600 henkilöä oli odottanut hoitoon pääsyä yli puoli vuotta. Eniten yli puoli vuotta odottaneita suun terveydenhuollon asiakkaita oli Varsinais-Suomen, Pirkanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueilla. Väestöön suhteutettuna tilanne oli heikoin Etelä-Karjalan, Kainuun ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueilla. Väestöstä 47 prosenttia asui sellaisella alueella, missä hammaslääkärille pääsi ei-kiireellisessä tapauksessa kolmen kuukauden sisällä. Maaliskuussa 2009 vastaava prosenttiosuus oli 40. Suuhygienistin vastaanotolle ajan sai noin 40 prosenttia väestöstä kolmen viikon kuluessa. Sekä hammaslääkärin että suuhygienistin vastaanotolle pääsyn odotusajoissa oli huomattavia alueellisia eroja. Suun terveydenhuollossa laki sallii hoidon järjestämiseen määrätyn kolmen kuukauden

takuuajan ylityksen enintään kolmella kaudella.

Hammashoidon sairausvakuutuskorvauksen ikäraja poistui 1 joulukuuta 2002, jolloin korvauksen piiriin tulivat myös ennen vuotta 1946 syntyneet henkilöt. Kaikki Suomen sairausvakuutuksen piiriin kuuluvat voivat saada korvausta yksityishammaslääkärin suorittamasta suun ja hampaiden tutkimuksen ja hoidon kustannuksista ja kuluista sekä kuluista, jotka aiheutuvat hammashoitoon liittyvistä laboratoriotutkimuksista, röntgentutkimuksista, lääkkeistä ja matkoista. Suuhygienistin suorittamasta tutkimuksesta ja hoidosta yksityishammaslääkärin määräämänä syntyneitä kustannuksia korvataan vuoden 2010 alusta. Rintamaveteraaneille ja miinaraivaajille suoritetaan korvausta myös proteesihoidosta. Suun terveydenhuollossa yksityissektori on perinteisesti ollut laaja. Yksityiset palvelut ovat keskittyneet kaupunkeihin ja taajamiin. Kaikilla paikkakunnilla yksityisiä palveluja ei ole lainkaan.

Terveyskeskusten ja yksityishammaslääkäreiden lisäksi hammashoitoa järjestävät puolustusvoimat noin 25 000 varusmiehelle vuodessa ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö noin 54 000 tiede- tai taidekorkeakoulupiskelijalle. Työterveyshuolto järjestää hammashuoltoa yksittäisillä suurilla työpaikoilla. Myös vankeinhoitolaitos järjestää hoitoa pienessä mittakaavassa.

Kouluterveydenhuolto

Kouluterveydenhuoltoon sisältyvät kunnassa sijaitsevien perusopetusta antavien koulujen ja oppilaitosten kouluyhteisön terveellisyys ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen, oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen, yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus.

Kouluterveydenhuolto on määritelty Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa (STM 2004:8). Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen sisältämät asiat eivät toteudu kokonaisuudessaan millään alueella. Valtiontalouden tarkastusvirasto (tarkastuskertomus 136/2006) ja apulaisoikeuskansleri (apulaisoikeuskanslerin päätös, Dnro 6/50/06) ovat

ottaneet tarkastuskohteekseen kouluterveydenhuollon toteutumisen. Tarkastusvirasto toteaa, että vaikka kouluterveydenhuollon kokonaiskustannuksista ei ole saatavissa tarkkoja tietoja, niin kouluterveydenhuollon voidaan katsoa kuitenkin olevan sekä välitömltä että erityisesti välillisiltä valtiontaloudellisilta vaikutuksiltaan merkittävä kokonaisuus. Lisäksi kouluterveydenhuollon palvelujen saatavuudessa ja laadussa on havaittu huomattavaa vaihtelua kuntien välillä. Kouluterveydenhuollon toteutuminen asianmukaisesti ja yhdenvertaisuuden edellyttämällä tavalla vaatii apulaisoikeuskanslerin mielestä nykyistä velvoittavampaa ohjauskeinoa.

Stakesin, sittemmin Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) kahden vuoden välein tekemä Kouluterveyskysely antaa valtakunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä tietoa 14–18 -vuotiaiden elinoloista, koulukokemuksista, terveydestä ja terveystottumuksista. Kouluterveyskyselyllä tuetaan nuorten terveyttä ja hyvinvointia edistävää työtä, erityisesti koulujen oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon kehittämistä. Stakes on selvittänyt palvelujen saatavuutta myös Terveyskeskuskyselyllä (2005 ja 2009) sekä Lasten ja nuorten ehkäiseviin palveluihin liittyvällä (2007) kyselyllä.

Stakesin tekemien selvitysten perusteella terveyskeskuksissa kouluterveydenhuollon palvelut on järjestetty vaihtelevilla tavoilla eikä yhdenmukaisia käytäntöjä ole, myös henkilöstön riittävyys vaihtelee. Kouluterveydenhuollon ja opetustoimen yhteistyö on jäänyt suhteellisen vähäiseksi hallinnollisella tasolla. Kouluyhteisön ja -ympäristön terveellisyys ja turvallisuus ei arvioida suositusten mukaan ja koulujen työolojen tarkastuksia on laiminlyöty. Toimiva kouluterveydenhuolto edellyttää moniammatillista yhteistyötä sekä päättäjää että työntekijätasolla. Peruskoulun aikana suositellaan tehtäväksi kolme laajaa terveystarkastusta, joiden lisäksi ovat vuosittaiset terveystapaamiset. Laajaan terveystarkastukseen sisältyvät opettajan arvio koululaisesta kouluyhteisössä, koululaisen ja hänen huoltajansa tapaaminen, koululaisen haastattelu ja huoltajan kuvaus koululaisen sekä perheen tilanteesta, terveydenhoitajan ja lääkärin tutkimukset sekä yhteen-

veto ja palaute. Kouluterveydenhuollon mukaiset oppilaiden määräaikaisten terveystarkastukset eivät toteudu laatusuosituksen mukaisesti ja ne vaihtelevat kunnittain.

Kouluterveydenhuollon vastuulla olevista asioista on noussut epäselvyyttä esimerkiksi koulupäivän aikana ilmenevien sairauksien (diabetes, epilepsia) hoidon osalta. Kunnissa on esiintynyt epäselvyyttä suun terveydenhoidon palveluista ja siihen liittyvien kuljettusten kuulumisesta kouluterveydenhuoltoon.

Opiskeluterveydenhuolto

Opiskeluterveydenhuollon tavoitteet, tehtävät ja sisältö on määritelty Opiskeluterveydenhuollon oppaassa (STM 2006:12). Sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön yhteisen työryhmän muistiossa (STM 2005:6) annettiin 25 suositusta, jotka koskevat opiskeluterveydenhuollon käsitteitä, tavoitteita ja sisältöä, palvelujen saatavuutta, tarvittavia henkilöstöresursseja ja puitteita, valtakunnallista kehittämistä, johtamista, opiskeluterveydenhuollon tilastointia ja seuranta, ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuollon järjestämistä ja palvelujen maksuttomuutta. Opiskeluterveydenhuoltoa tilastoidaan puutteellisesti. Kustannuksista ja henkilöstöstä ei ole olemassa valtakunnallista tilastotietoa. Opiskeluterveydenhuollon johtamiseen ja kehittämiseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (STM 2002:25) perusteella tiedetään, että ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien nuorten opiskeluterveydenhuoltoa toteutetaan heikommin kuin lukiolaisten terveydenhuoltoa. Ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuolto vaihtelee kuntien välillä ja on suuressa osassa maata puutteellista sekä huomattavasti jäljessä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) tuottamasta yliopisto-opiskelijoiden terveydenhoidosta. Lisäksi täysi-ikäisille nuorille järjestetyn opiskeluterveydenhuollon maksuttomuuden ja maksullisuuden kysymykset ovat kunnille ja kuntayhtymille epäselviä.

Seurantatietoa terveydenhuoltopalvelujen järjestämisestä sekä opiskelijoiden omia kokemuksia terveydestään ja terveydentilastaan on saatu Stakesin terveyskeskuskyselyistä

(2005), kouluterveyskyselyistä (2009) ja opiskelijajärjestöjen omista seurantakyselyistä; Sairasta sakkia – ammattiin opiskelevien hyvinvointi 2005 (SAKKI 2005) ja Ammattikorkeakouluopiskelijoiden hyvinvointi 2004 (STM 2004:16).

YTHS järjestää yliopisto-opiskelijoille terveydenhoitopalveluja kansanterveyslain 14 §:n 6 kohdan mukaan; ”..yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden terveydenhoito ja sairaanhoito sekä suun terveydenhuolto voidaan kuitenkin kunnan suostumuksella järjestää myös muutoin sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymällä tavalla.” YTHS:n opiskeluterveydenhuollon palveluissa on ilmennyt epäselvyyttä ja erilaista tulkintaa, miten kokonaisvaltaisesti YTHS:n ja kuntien väliset sopimukset kattavat opiskelijoiden terveyspalvelujen tarpeen.

Ammattikorkeakoulujen ja toisen asteen ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon kustannuksia ja järjestämistapaa selvitettiin vuonna 2009 STM:n asettamassa työryhmässä. Työryhmä esitti toisen asteen opiskelijoiden osalta järjestämistavaksi oppilaitoksen sijaintikuntamallia ja ammattikorkeakouluopiskelijoiden osalta YTHS-mallia.

Opiskeluterveydenhuollon opas määrittelee kaikkien peruskoulun jälkeisten koulutusmuotojen opiskeluterveydenhuollon palvelujen sisällön. Opiskeluterveydenhuolto sisältää terveyden edistämisen, sairauden hoidon ja opiskeluympäristön terveellisyydestä ja turvallisuudesta huolehtimisen. Opiskeluterveydenhuollon sisältö ja toteuttamistavat vaihtelevat ja oppilaitoksen terveydellisten olojen valvonta tarkastuskertomuksineen toteutuu huonosti. Epäkohtien korjaamisvastuussa on epäselvyyttä. Opiskelijat kokevat tarvitsevänsä lisää neuvontaa muun muassa ravintoon, terveyteen, opiskeluun ja elämäntilanteeseen liittyen.

Seulonnat

Kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 9 kohdan mukaan kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee järjestää seulonnan siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään.

Parhaimmillaan seulontaohjelmat ovat vaikuttava ja taloudellisesti perusteltu tapa edistää väestön terveyttä. Perusterveydenhuollossa seulontaa koskevien yhtäläisten periaatteiden puuttuminen on kuitenkin koettu ongelmana. Suomessa tarjotaan tällä hetkellä suuri määrä erilaisia seulontoja. Seulontoja toteutetaan joko kunnan/kuntien järjestämänä omana toimintana tai yksityiseltä ostettuna toimintana. Seulottavaksi ehdotettujen sairauksien ja tilojen määrä lisääntyy. Myöskin seulontamenetelmien määrä lisääntyy. Kuntien väliset erot seulontojen tarjonnassa kasvavat.

Kansanterveysasetus velvoitti kuntia järjestämään mammografiaan perustuvan rintasyöpäseulonnan 50–59-vuotiaille naisille ja kohdun kaulaosan syöpää ehkäisevän seulonnan 30–60-vuotiaille. Uusien rintasyöpien määrä on viimeisen neljänkymmenen vuoden aikana nelinkertaistunut. Taudin kohonneesta ilmaantuvuudesta huolimatta rintasyöpäkuolleisuus on pysynyt muuttumattomana; tämän arvioidaan osittain johtuvan mammografiaseulonnan kautta tapahtuneesta varhaisesta toteamisesta ja hoidosta, osittain parantuneista hoitomenetelmistä. Kuntien velvollisuus järjestää mammografiaseulontaa 50–59-vuotiaille naisille perustuu vuonna 1992 annettuun kansanterveysasetukseen. Tämän lisäksi sai vuonna 2003 noin 24 prosenttia 60–69-vuotiaista naisista kutsun kunnan vapaaehtoisesti tarjoamaan rintasyöpäseulontaan.

Seulontaan kutsuttaville tarjottavan informaation sisällössä on puutteita ja myös tarjotun tiedon määrä vaihtelee huomattavasti seulontayksiköstä toiseen. Tiedottamisen sisältöä ja laatua onkin syytä parantaa ja yhtenäistää. Uusi asetus, joka tuli voimaan tammikuun 1 päivänä 2007 laajentaa rintasyöpäseulontaa 60–69-vuotiaille naisille ja täsmentää seulonnan sisältöä ja laatua.

Kohdunkaulan syöpää ehkäisevää väestöpohjainen seulonta aloitettiin Suomessa jo 1960-luvulla. Suomessa todetaan noin 150–160 uutta kohdunkaulan syöpää vuodessa, kuolemia tilastoidaan noin 50–70. Kohdunkaulan syövän esiastemuutoksia ja varhaisvaiheen syöpiä todetaan yksinomaan seulontaohjelmassa yli 600 joka vuosi. Organisoitulla perinteisellä 3–5 vuoden välein tehtä-

vällä Papa-seulonnalla voidaan ehkäistä yli 80 prosenttia kohdunkaulan syövästä ja niiden aiheuttamista kuolemista. Joukkotarkastusrekisterin seurannan mukaan kaikista kohdunkaulasyövän seulontakutsun saaneista noin 70 prosenttia osallistuu seulontaan, 30- ja 35 -vuotiaista kuitenkin viime vuosina vain noin puolet.

Kunnat järjestävät laajasti myös muita kuin kansanterveysasetuksessa määriteltyjä seulontoja. Tällaisia olivat muun muassa sikiön kromosomi- tai rakennepoikkeavuuksien seulonnat. Näissä seulonnoissa käytetyt menetelmät vaihtelevat huomattavasti eri kuntien välillä. Stakesin selvityksen mukaan mahdollisuus tunnistaa esimerkiksi rakennepoikkeavuuksia kaikututkimuksessa vaihtelee laitteiston, tutkijan kokemuksen, seulontajakohdan ja epämuodostuman vaikeusasteen mukaan. Stakes antoi jo vuonna 1999 seulontatutkimuksia ja yhteistyötä äitiyshuollossa koskevat suosituksensa, joiden tarkoituksena oli yhtenäistää sikiöseulontoja. Tästä huolimatta käytännöt ovat edelleenkin erittäin kirjavat.

Valtioneuvoston tammikuussa 2007 voimaan tullut asetus velvoittaa kuntia järjestämään raskaana oleville varhaisraskauden yleisen ultraäänitutkimuksen, kromosomipoikkeavuuksien selvittämisen ja ultraäänitutkimuksen vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi. Kuntien velvoite oli toteuttaa asetuksen sikiöseulontatutkimukset joulukuun 31 päivään 2009 mennessä.

Paksunsuolen syövän laaja seulontatutkimusprojekti käynnistyi Suomessa vuonna 2004. Siihen osallistuu jo 175 kuntaa. Lisäksi Suomi on vuodesta 1996 ollut mukana laajassa eurooppalaisessa eturauhassyövän seulontaprojektissa. Projektiin osallistuu 30 000 miestä pääosin Tampereen ja Helsingin alueelta. Lähivuosina on ennakoitavissa geenitestausmahdollisuuksien nopea lisääntyminen.

Työterveyshuolto

Työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaan työnantajan tulee järjestää kustannuksellaan työterveyshuoltopalvelut työntekijöilleen. Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut hankkimalla tarvitsemansa palvelut

kansanterveyslaissa tarkoitettua terveyskeskuksesta, järjestämällä työterveyshuoltopalvelut itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa, tai hankkimalla palvelut muulta työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutetulta toimintayksiköltä tai henkilöltä.

Kunnilla on kansanterveyslain mukaan velvollisuus tuottaa työterveyshuoltopalveluja sekä työnantajille että yrittäjille. Kunnilla on niinikään velvollisuus ylläpitää merimies-terveydenhuoltoa ja varustamojen tarvitsemaa työterveyshuoltoa. Nämä kansanterveyslain 14 a §:n mukaiset tehtävät on kansanterveysasetuksella säädetty Haminan, Helsingin, Kemin, Kotkan, Oulun, Pietarsaaren, Porin, Rauman, Savonlinnan, Turun ja Vaasan kaupungin tehtäviksi.

Vuonna 2007 kunnallisten työterveyspalvelujen piiriin kuului 32 prosenttia työterveyshuollon henkilöasiakkaista. Kunnallisella työterveyshuollon palvelujärjestelmällä turvataan palvelujen saatavuus koko maassa. Noin 90 paikkakunnalla kunnallinen työterveyshuoltoyksikkö oli ainoa työterveyshuoltopalvelujen tuottaja paikkakunnallaan.

Vuonna 2007 yksityisten palvelun tuottajien osuus työterveyshuollon henkilöasiakkaista oli 48 prosenttia, yritysten omien 15 prosenttia ja yritysten yhteisten osuus viisi prosenttia.

Kunnallisen työterveyshuoltojärjestelmän asiakkaista valtaosa on kuntien henkilöstöä sekä pieniä ja keskisuuria yrityksiä. Maatalousyrittäjien työterveyshuolto suurelta osin ja alle 10 hengen yrityksistä 64 prosenttia kuuluu kunnallisen työterveyshuollon piiriin.

Työterveyshuollon palvelujärjestelmä on pyritty luomaan mahdollisimman joustavaksi, jotta palveluja olisi tarjolla kautta maan kaikille työpaikoille.

Kuntarakenteemme, jossa on paljon pieniä kuntia, on vaikeuttanut kunnallista työterveyshuollon palvelujen tuottamista, koska kunnalliset työterveyshuoltoyksiköt ovat olleet pieniä ja niiden henkilöstöresurssit vähäiset tarpeen mukaisen toiminnan toteuttamiseksi. Viime vuosina kunnat ovat kehittäneet työterveyshuoltopalveluja alueellisesti isäntäkuntamallin mukaisesti tai alueellisena liikelaitoksena. Muutamia kunnallisia osakeyhtiöitä on jo perustettu.

Ympäristöterveydenhuolto

Ympäristöterveydenhuolto on osa ennalta ehkäisevää terveydenhuoltoa, ihmisen elinympäristöön kohdistuvaa viranomaisvalvontaa. Ympäristöterveydenhuoltoon kuuluvia lakeja ovat voimassa olevan kansanterveyslain 1 §:n mukaan seuraavat lait: terveysdensuojelulaki (763/1994), elintarvike-laki (361/1995), eläimistä saatavien elintarvikkeiden elintarvikehygieniasta annettu laki (1195/1996), jäljempänä hygienialaki, kulutustavaroiden ja kuluttajapalveluksien turvallisuudesta annetulla lailla (75/2004), kemikaalilaki (744/1989), toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annettu laki (693/1976) sekä eläinlääkintähuoltolaki 685/1998. Vuoden 2006 maaliskuun alusta tuli voimaan uusi elintarvikelaki (23/2006), jolla kumottiin edellä mainitut elintarvikelaki ja hygienialaki. Uusi eläinlääkintälaki (765/2009), jolla kumottiin edellä mainittu eläinlääkintälaki, tuli voimaan 1 päivänä marraskuuta 2009.

Ympäristöterveydenhuolto on järjestetty kunnissa siten, että tehtävät hoidetaan yhdestä yksiköstä käsin joko osana perusterveydenhuoltoa tai yhteistyössä ympäristösuojelun ja rakennusvalvonnan kanssa. Tämä on ollut resurssien käytön kannalta tarkoituksenmukaista ja tehokasta. Laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta (410/2009) tuli voimaan 15 kesäkuuta 2009 ja sen mukaan ympäristöterveydenhuollosta vastaa joko kunta yksin tai yhdessä toisten kuntien kanssa muodostamalla yhteistoiminta-alueen, jolla on riittävät henkilöstöresurssit ympäristöterveydenhuollonpalvelujen järjestämiseen. Lain mukaisten yhteistoiminta-alueiden toiminnan on käynnistytävä viimeistään 1 tammikuuta 2013.

Lääkehuolto

Sairaaloiden ja terveyskeskusten lääkehuolto järjestetään sairaala-apteekkien ja lääkekeskusten kautta. Ne vastaavat sairaala- ja vuodeosastopotilaiden sekä poliklinisessa hoidossa tarvittavista lääkkeistä. Avohoidossa käytettävät lääkkeet ostetaan apteekeista, sivuaptekeista tai syrjäseuduilla sijaitsevista lääkekaapeista. Lääkealan turvallisuus- ja

kehittämiskeskus myöntää luvan avohoidon ja sairaaloiden apteekkien sekä lääkekeskusten pitämiseen.

Lääkehuoltoa koskevat keskeiset säännökset ovat lääkelaissa ja sen nojalla annetuissa säännöksissä. Laissa on myös säännökset siitä, miten lääkejakelu hoidetaan niin terveydenhuollon toimintayksiköissä (sairaalat, terveyskeskukset, yksityinen terveydenhuolto) hoidettavien kuin avohoitopotilaiden osalta.

Potilaat ja sairausvakuutus rahoittavat avohoidon ja yksityisen terveydenhuollon lääkkeitä ja kunnallinen terveydenhuolto muut lääkkeet. Lääkekorvauksia koskevat säännökset ovat sairausvakuutuslaissa ja sen nojalla annetuissa säännöksissä. Kunnallisen terveydenhuollon tai niiden ostopalveluna järjestämän hoidon yhteydessä annettavista lääkkeistä ei juurikaan ole nimenomaisia säännöksiä lainsäädännössä. Se, että lääkkeitä ei peritä potilaalta eri maksua on todettu kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992).

Lääkepolitiikka 2010 -asiakirjan mukaan Suomen lääkehuolto on kattava ja hyvin saatavissa. Lisäksi turvallisuustaso on hyvä ja lääkkeiden kokonaiskäyttö on kohtuullista. Lääkehuoltoa tulisi kehittää muun muassa edistämällä rationaalista lääkkeenmääräämistä, hillitsemällä kustannusten nopeaa kasvua sekä hakemalla ratkaisua lääkkeiden kaksikanavaisen rahoitukseen, joka johtaa osaoptimoituihin tilanteisiin, jossa sairausvakuutuksen ja kunnallisen terveydenhuollon kustannusvastuun rajanvedot eivät ole selviä. Uutta Lääkepolitiikka 2020 – asiakirjaa valmistellaan yhdessä lääkehuollon sidosryhmien kanssa. Lääkepolitiikka 2020 – asiakirjassa tullaan arvioimaan miten Lääkepolitiikka 2010 -asiakirjan tavoitteet on saavutettu.

Iäkkäiden palvelut

Päävastuu iäkkään väestön hoidosta ja hoiosta sekä toimintakykyä edistävistä palveluista ja kuntoutuksesta on kunnallisella sosiaali- ja terveydenhuollolla. Palveluissa tulisi turvata toimiva perusterveydenhuolto ja palveluketjujen sujuvuus perusterveydenhuolto-erikoissairaanhoito- kotihoito – akselilla.

Iäkkäiden palvelut eivät kaikilta osin muodosta sosiaali- ja terveydenhuollossa saumatonta kokonaisuutta, joka koostuisi ehkäisevistä ja kuntouttavista palveluista hoivaan ja hoitoon aina ympärivuorokautiseen hoitoon asti. Eri palvelujen koordinaatio on puutteellinen. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri yksiköissä asiakkaille saatetaan laatia päällekkäisiä hoito- ja palvelusuunnitelmia ja jopa useita kuntoutussuunnitelmia.

Yksin asuvien 75 vuotta täyttäneiden määrä on keskeinen mittari arvioitaessa iäkkään väestön palvelutarvetta. Vuonna 2008 koko maassa yksin asuvia 75 vuotta täyttäneitä oli 45,4 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä. Säännöllisten palvelujen piirissä oli vuoden 2008 lopussa joka kuudes 65 vuotta täyttänyt, joka neljäs 75 vuotta täyttänyt ja joka toinen 85 vuotta täyttänyt. Palveluja olivat säännöllinen kotipalvelu ja kotisairaanhoito, palveluasuminen, vanhainkotihoito ja pitkäaikainen vuodeosasto- ja terveyskeskuksesta. Yhteensä 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita näissä palveluissa oli noin 114 700.

Laitoshoidossa eli vanhainkodeissa ja terveyskeskuksen vuodeosastoilla oli 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita noin 24 600 vuonna 2008.

Terveyskeskusten vuodeosastoilla oli vuoden 2008 lopussa pitkäaikaishoidossa 75 vuotta täyttäneitä noin 8 800.

Erikoissairaanhoito

Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Erikoissairaanhoitoa varten maa on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Lisäksi Ahvenanmaa on oma sairaanhoitopiirinsä. Suurimman sairaanhoitopiirin väestöpohja on yli 1,4 miljoonaa asukasta ja pienimmän alle 70 000 asukasta. Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriä ylläpitävään kuntayhtymään. Kunta voi itse päättää mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Jäsenkuntien määrä vaihtelee sairaanhoitopiireittäin, vähimmillään niitä on kuusi ja enimmillään 58. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala ja muita toimintayksiköitä. Sairaaloista viisi on erityistason hoitoa antavia yliopistosairaloita.

Sairaanhoitopiiriin tehtävänä on järjestää erikoissairaanhoito alueellaan. Sairaanhoito-

piirin tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa. Lisäksi sairaanhoitopiiriin tulee vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Sairaanhoidopiiriin tehtävänä on myös huolehtia alueellaan tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. THL:n sairaaloista keräämien Hilmo-raporttien mukaan somaattisessa erikoissairaanhoidossa oli vuoden 2008 aikana 654 972 potilasta. Määrä on pysynyt samalla tasolla koko 2000-luvun. Päättynneiden hoitajaksojen lukumäärä vuonna 2008 oli 995 177. Hoitopäivien määrä oli 3 611 002, jossa laskua vuodesta 2007 oli 5 prosenttia. Hoitajaksojen keskimääräinen pituus lyheni edelleen ja oli 3,6 hoitopäivää. Vuonna 2008 raporttoitiin 550 844 toimenpiteellistä hoitajaksoa, joissa potilaalle oli kirjattu jakson aikana vähintään yksi kansallisen toimenpide- luokituksen mukainen toimenpide. Kaikista päättynneistä hoitajaksista toimenpiteelliset hoitajaksot vastasivat 42 prosenttia.

Somaattisen erikoissairaanhoidon palvelutuotannon määrä nousi yliopisto- ja keskussairaaloissa 7 prosenttia ja muissa sairaaloissa (aluesairaalat tai vastaavat) 6 prosenttia vuodesta 2003 vuoteen 2007. Vastaavana aikana somaattisen erikoissairaanhoidon reaaliset kustannukset nousivat yliopistollisissa sairaaloissa 16 prosenttia, keskussairaaloissa 12 prosenttia ja muissa sairaaloissa 5 prosenttia.

Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta ja tieteellisestä tutkimustoiminnasta aiheutuu yliopistollisille sairaaloille, muille sairaaloille ja terveyskeskuksille kustannuksia, joiden korvaamiseksi valtio on maksanut korvauksia. Korvausten määräytymisperusteista ja maksamisesta säädetään erikoissairaanhoidon lain 47, 47 a ja 47 b §:ssä.

Lääkäreiden kliinistä peruskoulutusta annetaan maamme viidessä yliopistollisessa sai-

raalassa. Koulutusta täydentää muissa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa annettava opetus. Saadakseen oikeuden harjoittaa yleislääkärin ammattia itsenäisenä laillistettuna ammattihenkilönä lääketieteen lisensiaatin tutkinnon suorittaneen henkilön on lisäksi suoritettava käytännön työhön painottuva lisäkoulutus, josta säädetään lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetussa asetuksessa (1435/1993). Erikoislääkärikoulutus tapahtuu yliopistollisissa sairaaloissa, muissa sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja eräissä muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Hammaslääkärikoulutusta järjestetään Helsingin, Oulun, Turun ja Itä-Suomen yliopistojen hammaslääketieteen laitoksissa. Vuodesta 2000 lähtien hammaslääkärikoulutuksen klininen hoitoharjoittelu on ollut liitettyä osaksi julkista terveyspalvelujärjestelmää. Tästä palvelujärjestelmälle aiheutuvia kustannuksia on korvattu valtion koulutuskorvauksen kautta. Saadakseen oikeuden harjoittaa hammaslääkärin ammattia itsenäisenä laillistettuna ammattihenkilönä hammaslääketieteen lisensiaatin tutkinnon suorittaneen henkilön on suoritettava lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 6 §:ssä säädetty käytännön palvelu. Erikoishammaslääkärikoulutusta annetaan Helsingin, Oulun, Turun ja Itä-Suomen yliopistoissa.

Peruskoulutuksen korvaus lasketaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Lääkärin ja hammaslääkärin erikoistumiskoulutuksesta maksettava korvaus määräytyy tutkintojen lukumäärän ja tukinnoista määrätyn korvauksen mukaan. Korvausta ei kuitenkaan suoriteta eräistä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella määräämistä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnoista, joiden koulutus tapahtuu pääosin muualla kuin yliopistollisissa sairaaloissa. Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvauksen perusteista annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (67/2010) mukaan edellä mainittuja tutkintoja ovat liikuntalääketieteen, terveydenhuollon, työterveyshuollon, yleislääketieteen erikoislääkärin ja terveydenhuollon erikois-

hammaslääkärin tutkinnot. Jos tätä koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sitä ylläpitävälle kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista korvausta toteutuneiden koulutuskaukusten perusteella.

Silloin kun lääkärin peruskoulutusta annetaan muussa terveydenhuollon toimintayksikössä kuin yliopistollisessa sairaalassa, yliopistollista sairaalaa ylläpitävä kuntayhtymä suorittaa erikoissairaanhoidon lain 47 a §:n 1 momentin mukaan korvausta asianomaiselle kuntayhtymälle, kunnalle tai muulle palvelujen tuottajalle. Peruskoulutuksen antaminen muussa terveydenhuollon yksikössä kuin yliopistollisessa sairaalassa perustuu yliopistollisen sairaalan ja kyseisen terveydenhuollon yksikön tekemään sopimukseen.

Silloin kun yliopisto käyttää lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutukseen muuta kuntayhtymän ylläpitämää terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, kunnan ylläpitämää terveydenhuollon toimintayksikköä, valtion mielisairaalaa tai asetuksessa säädettyä muuta terveydenhuollon toimintayksikköä, kuntayhtymälle, kunnalle, valtion mielisairaalalle tai muulle palvelujen tuottajalle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvausta yliopiston hyväksymän koulutusohjelman mukaisesta erikoistumiskoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin toteutuneiden koulutuskaukusten perusteella. Pykälässä tarkoitetut muut terveydenhuollon yksiköt, joille on mahdollista maksaa valtion koulutuskorvausta, on määriteltäviä lääkäri- ja hammaslääkärinkoulutuksen sekä yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista annetulla valtioneuvoston asetuksella (1351/2009). Asetuksessa tarkoitettuja terveydenhuollon yksiköjä ovat Invalidiliitto ry:n ylläpitämä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus, Sairaala Orton Oy, Reumasäätiön ylläpitämä Reumasäätiön sairaala, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätiön ylläpitämä Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Suomen Punaisen Ristin ylläpitämä SPR Veripalvelu sekä Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Sairaanhoidopiiriä tai terveystakeskusta ylläpitävälle kunnalle tai kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista koulutuskaukusten

määrään perustuvaa laskennallista korvausta Euroopan talousalueeseen kuulumattoman valtion kansalaiselta ammatinharjoittamisoi-keuden saamiseksi vaadittavasta palvelusta, lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta ja siihen rinnastettavasta koulutuksesta sekä laillistetun hammaslääkärin käytännön palvelusta ja siihen rinnastettavasta palvelusta johtuviin kustannuksiin.

Tutkinnoista ja koulutuskaukudesta suoritettava korvaus määritellään vuosittain valtion talousarvion vahvistamisen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Tutkintojen ja uusien opiskelijoiden määrät lasketaan keskiarvona niiltä kolmelta viimeiseltä vuodelta, jolta tiedot ovat käytettävissä.

Tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettava korvaus perustuu tieteellisten julkaisujen lukumäärään ja julkaisuille annettuihin pisteisiin. Yliopistollinen sairaala sovitaa yhteen muissa erityisvastuualueensa terveydenhuollon toimintayksiköissä tehtävää yliopistotasoisista terveystieteellistä tutkimusta yhdessä näiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. Terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävälle kunnalle tai kuntayhtymälle, valtion mielisairaalalle ja asetuksessa säädettylle muulle terveydenhuollon toimintayksikölle suoritetaan valtion varoista korvausta tällaisesta tutkimustoiminnasta aiheutuviin kustannuksiin. Pykälässä tarkoitettu yksityiset terveydenhuollon yksiköt on lueteltu edellä mainitussa valtioneuvoston asetuksessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö antaa vuosittain asetuksen, jolla säädetään tarkemmin yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvauksen perusteista, kuten esimerkiksi julkaisupisteiden määräytymisestä ja arvosta.

Tasausjärjestelmä

Erikoissairaanhoidolaissa säädetään potilaskohtaisten kustannusten sairaanhoidopiiri-kohtaisesta tasausjärjestelmästä. Lain 56 a §:n mukaan piirin kuntayhtymällä tulee olla kaikki tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kattava tasausjärjestelmä.

Tasausmenettelyä ei ole säädelty tarkemmin. Lain esitöissä esitettiin kuitenkin erikseen selvitettäväksi, tulisiko säännöstä täydentää myös siten, että sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voitaisiin säätää rajasta, jonka ylittävät kustannukset tasataan kokonaan tai osittain.

Tasausmenettely perustuu kuntayhtymän ja sen jäsenkuntien sopimukseen. Perusterveydenhuollon kustannuksia ei tasata eikä valtio osallistu tasausjärjestelmän rahoitukseen. Käytännössä lähes koko maassa on omaksuttu samanlainen menettely. Kalliiden hoitojen tasausraja on yleisimmin 30 000 – 50 000 euroa. Tämän rajan ylittävältä osalta potilaskohtaiset vuosikustannukset maksetaan yhteisesti. Eräissä sairaanhoitopiireissä kunnan tulee maksaa tasausrajan ylittävistä kustannuksista omavastuuosuutena 15–30 prosenttia. Tasausjärjestelmään tarvittavat maksut peritään kunnilta kalenterivuositain yleensä asukaskohtaisena maksuna.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö ja integroituminen

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito pidettiin 1970–1980-lukujen kehityksessä ja toimintakulttuurissa erillään. Tämä näkyi esimerkiksi siinä, että samoille tonteille rakennetuille terveyskeskuksille ja erikoissairaanhoidon sairaalayksiköille piti alun perin hankkia omat perus- ja tukitoiminnot, esimerkiksi laboratoriot ja röntgenyksiköt. Erillisyydestä ryhdyttiin luopumaan jo 1980-luvulla, mutta erillisyyden sekä toiminnassa että rahoituksessa on kuitenkin ollut pääsääntönä. Kaupunginsairaaloiden siirtyminen perusterveydenhuollon kanssa yhteisen katon alle aiheutti liikehdintää palvelutasojen välillä ja vähitellen toiminta on kehittymässä perusterveydenhuoltoa monipuolisemmin tukevaksi palvelukokonaisuudeksi. Erikoissairaanhoitolain myötä 1990-luvulla siirtyi joukko sairaanhoitopiirien alaisiksi sijoittuneita aluesairaaloihin paikkakuntansa perusterveydenhuollon alaisuuteen. Kyseisillä paikkakunnilla haluttiin tuolloin yleensä siirtää oma sairaala suojaan säästötoimilta, joihin 1990-luvun lama pakotti sairaanhoitopiirejä. Myöhemmin vastaavanlaisia siirtoja toteutui lisää eri-

laisin hallinnollisin ratkaisuin. Tällä hetkellä kymmenen aluesairaala on perusterveydenhuollon kanssa yhteisen hallinnon alaisia, Mäntän terveydenhuoltoalueella sairaanhoitopiirin ja muilla paikkakunnilla kuntien tai kuntayhtymien hallinnon alaisuudessa. 2000-luvulla on muodostunut tai muodostumassa neljä sosiaali- ja terveystieteiden luokiteltavaa palvelukokonaisuutta, joissa yhdistyvät sekä perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito että sosiaalipalvelut ainakin jossakin laajuudessa.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroitumista on pidetty hyvänä ja tavoiteltavana kehityksenä, vaikka siihen suhtauduttiin aikaisempina vuosikymmeninä perusterveydenhuollon toimintojen, voimavarojen ja identiteetin suojelemiseksi myös kriittisesti. Edellä kuvatuista yhdistetyistä organisaatioista löytyy sekä maassa tunnetuksi tulleita uudenlaisten palvelujen menestystarinoita että myös esimerkkejä toiminnallisina kokonaisuuksina vaikeuksiin joutumisesta. Vaikeudet ovat tällöin aina liittyneet siihen, että pienille erikoissairaanhoidon sairaaloille ei ole onnistuttu muodostamaan riittävän vahvaa toiminnallista pohjaa eikä myöskään rekrytoimaan toivotussa laajuudessa avainasemassa olevia ammattilaisia.

Integraation aktiivisimmat kehittymisen alueet ovat liittyneet päivystystoiminnan yhdistymiseen, yhteisiin tukipalveluihin, konsultaatiokäytäntöjen kehittämiseen, laboratorio- ja röntgenpalvelujen, apuvälinepalvelujen, kuntoutuksen sekä eräiden kliinisten palvelukokonaisuuksien menestykselliseen kehittämiseen yhteistyön pohjalta. Tietotekniikka ja elektronisten kertomusjärjestelmien yhteen sovittaminen on ollut avainasemassa. Laboratoriotulosten ja röntgenkuvien siirtyminen on nykyisin jo arkipäivää, mutta tekstimuotoisten kertomusjärjestelmien yhteiskäytön alalla on edelleen suuria haasteita. Nämä eivät suinkaan kaikki liity tietotekniikkaan eikä paljon keskustelua herättäneisiin suostumuksen hankinnan vaikeuksiin, vaan pitkälti myös tapoihin, joilla asioita kirjataan tai viestitään organisaatioiden sisällä. Eri organisaatioissa on vielä oppimista sellaisten kirjaamis- ja viestintäkäytäntöjen kehittämisessä, jotka hyödyttäisivät molempia osapuolia.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä on estänyt tai hidastanut rahoituksen erillisuus sekä tietoisuus siitä, että erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö synnyttää aina omat kustannuksensa, joita voisi periaatteessa välttää pidättäytymällä käyttämästä palveluja – tai järjestämällä palvelut itse. Mielenterveyspalvelut jakautuivat maassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tavoilla, jotka jälkikäteen arvioituina eivät olleet palveluille kokonaisuudessaan hyväksi. Syntyi pieniä yksiköitä, joilta puuttui tarvittava erikoissairaanhoidon tuki ja toiminnalliset yhteydet erikoissairaanhoidon. Terveyskeskusten sairaaloiden lyhytaikaisessa hoidossa ja eräissä terveyskeskusten avohoidon diagnostisissa palveluissa on nähtävissä kilpavarustelun ja piilevän ylikapasiteetin merkkejä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisellä järjestämisellä voitaisiin huolehtia kokonaisvaltaisesti rakenteiden tarkoituksenmukaisuudesta ja tehokkuudesta, vaikka rakennemuutosratkaisut saattavatkin olla joillekin paikkakunnille vaikeita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita koskeva uudistus on kuitenkin tulevaisuudessa välttämätöntä tehdä.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestäminen yhdessä voisi avata mahdollisuuksia toimintojen organisoimiselle loogisina kokonaisuuksina ilman näiden kahden tason välistä perinteistä raja-aitaa. Esimerkkejä tällaisista kokonaisuuksista voisivat olla esimerkiksi yhteinen päivystys, jakamaton konservatiivisten alojen vuodeosasto, yhteiset joustavasti toimivat diagnostiset palvelukokonaisuudet, kuntoutus, ensihoito ja sairaankuljetus, konsultaatiotoiminat, eräät polikliinisten palvelujen kokonaisuudet (esimerkiksi diabetes-, reuma-, astma- ja niin edelleen poliklinikat). Erityisen tärkeää olisi kehittää mielenterveyspalveluja toiminnallisina kokonaisuuksina. Perusterveydenhuollosta katsoen ikääntyneiden palveluissa tarvittavat nopeat arviot tai geriatrisesti suuntautuneet kokonaisarviot, kotiuttamisprosessit, hoitoketjut ja neuvolatoimintojen tuki olisivat esimerkkejä yhteistoiminnan aktiivisimmista alueista. Tutkimus- ja kehittämistoiminnassa sekä erilaisessa täydennyskoulutuksessa yhteiset järjestämissuunnitelmat tarjoaisivat merkittäviä etuja.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille on rakentunut erityisesti vuoden 1993 kuntalaskutuskäytäntöjen muutosten jälkeen tarpeetonta vastakkainasettelua. Epäluulot voivat voimistua nyt eletävän laman aikana. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että yhdistettyä järjestämistä suunniteltaessa sekä valtakunnallisella tasolla (lainsäädäntö ja muut linjaukset) että alueellisessa strategiatyössä ja sopimisessa kummankin tahon palvelujen kehittyminen ja voimavarat turvattaisiin sopivilla tavoilla.

Toimintatapojen uudistaminen terveydenhuoltohenkilöstön työnjakoa ja yhteistyötä kehittämällä

Terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien työnjaon uudistamiseen perustuvia toimintatapoja on kehitetty valtioneuvoston periaatepäätökseen pohjautuvassa Kansallisessa terveyshankkeessa vuosina 2002–2007 sekä muussa kuntien ja kuntayhtymien kehittämistyössä. Työnjaon uudistamiseen perustuvat hoitajavastaanotot ovat osa terveyskeskuksen ja sairaalan poliklinikan moniammatillista tiimityötä. Tarvittaessa potilas pääsee aina lääkärin vastaanotolle.

Terveyskeskuksen hoitajavastaanottokäynnit muodostavat enimmillään 50–60 prosenttia lääkärin ja hoitajien yhteenlasketuista vastaanottokäynneistä ja sairaanhoitajan päivystysvastaanottokäynnit noin kolmasosan yhteenlasketuista päivystyskäynneistä. Potilaiden määrän päivystyksessä on todettu vähentyneen puhelinneuvonnan ja hoitajavastaanottotoiminnan seurauksena. Työnjaon uudistamisen on arvioitu parantaneen myös terveyskeskuksen vastaanottotoiminnan tuottavuutta.

Perusterveydenhuollossa on otettu käyttöön hoitajavastaanottoja terveyskeskuksen ajanvaraus- ja päivystysvastaanotolla sekä hoitajan laajennettuja tehtäväkuvia kotisairaanhoidossa ja äitiys- ja perhesuunnitteluneuvolassa. Erikoissairaanhoidossa on käynnistetty hoitajavastaanottoja noin 20 potilasryhmän seurannassa ja hoidossa lääketieteen eri erikoisalojen poliklinikoilla. Ultraäänihoitajan lisäkoulutuksen saaneet sairaanhoitajat, röntgenhoitajat ja kättilöt voivat tehdä seulonta-

tutkimuksia ja muita ultraäänitutkimuksia. Lähi- ja perushoitajien tehtäväkuvia on laajennettu vastaanottohoitajana, puhelinneuvonnassa sekä sairaanhoidollisissa ja laboratoriolähetteisiiin liittyvissä tehtävissä ja lääkähoidon toteuttamisessa.

Potilaat tulevat hoitajan vastaanotolle ajanvarauksen kautta tai päivystyksenä, tai lääkäri voi kirjoittaa potilaalle lähetteen hoitajan vastaanotolle. Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotto voidaan järjestää lääkärivastaanoton rinnalla toimivana, hoitajalääkäri -työparityöskentelynä tai lääkärin etäkonsultaation tukemana.

Suun terveydenhuollossa työnjakoa on uudistettu suuhygienistin ja hammashoitajan laajennettuina tehtäväkuvina, hammaslääkärin, suuhygienistin ja hammashoitajan tiimityönä sekä ikäihmisten koti- ja laitoshoidon tiimityönä. Suuhygienistin vastaanottotoiminta terveyskeskuksessa voi käsittää esimerkiksi alle 18-vuotiaiden suun määräraikaistarkastuksia, hoidon tarpeen arviointeja työikäisillä ja ikääntyneillä, suun terveyden edistämistoimenpiteet sekä erityisryhmien tehostetun terveysneuvonnan. Lisäkoulutuksen saaneille suuhygienisteille on siirretty myös yksinkertaisimpia hoitotoimenpiteitä, Fysioterapeuttien vastaanottotoimintaa on kehitetty terveyskeskuksissa tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa sekä sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen sairastumisriskissä olevien elämäntapamuutosten tukemisessa. Erikoissairaanhoidossa fysioterapeutin tehtäväkuvia on laajennettu esimerkiksi neurologisten potilaiden toimintakyvyn ja hermo-lihasjärjestelmän toiminnan arvioinnissa, lantionpohjatutkimusten ja -hoitotoimenpiteiden tekemisessä sekä eturauhassyöpöpotilaiden seurannassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistetyissä organisaatioissa on kehitetty palveluja yhteen sovittavaa kotihoito- ja kotiutumiskäytäntöä, PAL-KO-mallia, jossa koordinoidaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon sekä yksityisen ja kolmannen sektorin palveluja potilaan hoidon ja palvelujen kokonaisuuden edellyttämällä tavalla. Eri-tyistä huomiota kiinnitetään saumattomiin käytäntöihin ja tiedon kulkuun palvelujen rajapinnoissa.

2.1.4 Terveydenhuollon henkilöstö

Terveydenhuollon henkilöstömäärän kehitys

Vuonna 2008 kunnallisessa terveydenhuollossa työskenteli 141 200 henkilöä, mikä on 12 prosenttia enemmän kuin vuonna 2000. Kasvu on kohdentunut voimakkaammin erikoissairaanhoitoon, jonka henkilöstö kasvoi 20 prosenttia. Vastaava muutos oli perusterveydenhuollossa 4 prosenttia. Osa 2000-luvun kasvusta selittyy siitä, että henkilöstömäärä on noussut samalle tasolle kuin ennen 1990-luvun alkupuolen talouslamaa. Terveydenhuoltohenkilöstön määrä suhteessa väestömäärään on kasvanut 2000-luvulla 15 sairaanhoitopiirin alueella ja pysynyt ennallaan viidellä alueella.

Vaikka koko henkilöstömäärän kasvu on ollut varsin kohtuullista, monet hoitohenkilöstöryhmät ovat kasvaneet keskimääräistä enemmän. Kasvun taustalla ovat lääketieteen ja teknologian kehitys sekä muutokset hoitokäytännöissä, henkilöstörakenteessa ja kunnallisen terveydenhuollon lakisääteisissä velvoitteissa.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa oli 45 210 sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa ja kättilöä sekä 39 950 lähi- ja perushoitajaa vuonna 2008. Sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden määrä on kasvanut 2000-luvulla erikoissairaanhoidossa enemmän kuin perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidossa määrä kasvoi 41 prosenttia ja perusterveydenhuollossa 14 prosenttia. Sairaanhoitajien määrä on noussut myös kunnallisissa sosiaalipalveluissa, joissa lähes joka kymmenes kuntasektorin sairaanhoitaja työskenteli vuonna 2008. Lähihoitajien ja vastaavan aikaisemman koulutuksen saaneiden määrä kasvoi kunnallisessa perusterveydenhuollossa 21 prosentilla vuodesta 2000 vuoteen 2005. Erikoissairaanhoidossa lähihoitajien rekrytointi on lisääntynyt etenkin viimeisten viiden vuoden aikana.

Henkilöstörakenne on erikoissairaanhoidossa lääkäripainotteisempi kuin perusterveydenhuollossa. Vuonna 2000 erikoissairaanhoidossa oli yhtä lääkäriä kohden 2,8 ja vuonna 2008 3,3 sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa ja kättilöä. Vastaavat luvut peruster-

veydenhuollossa olivat vuonna 2000 3,2 ja vuonna 2008 4,1.

Noin puolet koko maan hammaslääkäreistä työskentelee kuntien ja kuntayhtymien palveluksessa. Työikäisiä laillistettuja hammaslääkäreitä oli 4 110 ja suuhygienistejä 1 754 vuonna 2008. Erikoishammaslääkäreitä oli 650 vuonna 2008. Kuntasektorilla työskentelevien hammaslääkärien määrä on kääntynyt selvään laskuun vuoden 2005 jälkeen. Samanaikaisesti osa-aikaisten hammaslääkärien määrä on viime vuosina kasvanut. Myös sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna kunnallisen perusterveydenhuollon hammaslääkärien määrä on vähentynyt suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä 2000 -luvulla. Tämä on merkinnyt vaikeuksia hoitoon pääsyn määräaikojen noudattamisessa osassa kuntia. Vuonna 2008 kuntasektorilla työskenteli 2 250 hammaslääkäreitä, joista osa-aikaisia oli lähes 600. Erikoissairaanhoidossa työskenteli vuonna 2009 170 hammaslääkäreitä. Kuntasektorilla suuhygienistien määrä on kasvanut vuosittain. Vuodesta 2000 suuhygienistien määrä lähes kaksinkertaistui vuoteen 2008 mennessä. Suuhygienistien määrän lisäämisen tavoitteena on ollut tehokas työnjako suun terveydenhuollossa. Vuonna 2008 kuntasektorilla työskenteli 840 suuhygienistiä. Hammashoitajien määrä kuntasektorilla on pysynyt vuoden 2005 jälkeen lähes samalla tasolla. Vuonna 2008 kuntasektorilla työskenteli 2980 hammashoitajaa.

Myös muut hoitohenkilöstöryhmät ovat kasvaneet. Kasvu on kuitenkin ollut edellä mainittuja ryhmiä pienempää.

Vuonna 2009 kuntasektorilla työskenteli yli 11 500 lääkäriä. Vuonna 1996 kuntasektorin osuus oli 74 prosenttia. Lukumääräisesti kuntasektorin lisäys on ollut 1631 lääkäriä vuoteen 2009, kasvuprosentti 16 prosenttia. Yksityissektorilla työskenteli 2205 lääkäriä vuonna 1996 (16 prosenttia), ja 3967 lääkäriä vuonna 2009 (24 prosenttia). Osa-aikatyö on yleistynyt. Naislääkäreistä viidennes ja miehistä kuudennes työskentelee osa-aikaisesti. Erityisen yleistä osa-aikatyö on yksityissektorilla ja työterveyshuollossa, noin kolmannes. Lääkärimäärän kasvu on kohdistunut erikoissairaanhoitoon, jossa 1996 oli 6210 lääkäriä, ja 7876 vuonna 2009. Vastaavat luvut terveyskeskuksissa: 3323 vuonna 1996 ja

3503 vuonna 2009. Opiskelijoiden sisäänottomäärää nostettiin reippaasti vuosituhanen taitteessa, ja vuodesta 2002 eteenpäin uusien lääketieteen opiskelijoiden määrä on ollut reilu 600 vuodessa. Lääkärityövoiman hankinta ostopalveluna on yleistynyt etenkin perusterveydenhuollossa, lokakuussa 2009 ulkoistettuja virkoja oli 262.

Henkilöstövajeet

Samaan aikaan kun terveydenhuollon henkilöstömäärä on lisääntynyt, myös vajeet ovat kasvaneet. Henkilöstön saatavuudessa on myös suuria alueellisia eroja. Lokakuussa 2009 terveyskeskusten viroista oli hoitamatta 6,8 prosenttia, selvä lasku verrattuna vuoden takaiseen, 11 prosenttia. Puolella terveyskeskuksista ei ole lainkaan vajetta. Lääkäritilanne on parantunut joka kolmannessa terveyskeskuksessa, jotka tuottavat terveysterveyspalveluita 3,4 miljoonalle suomalaiselle. Joka viidennessä eli 38 terveyskeskuksessa on edelleen yli 20 prosenttia lääkärintehtävistä kokonaan hoitamatta. Lokakuussa 2009 kunnallisessa erikoissairaanhoidossa 515 virkaa oli kokonaan täyttämättä eli lääkärivaje oli 7,3 prosenttia, kun se vuosi aiemmin oli 9,4 prosenttia. Vuonna 2008 kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön vajeet muissa ammattiryhmissä kuin lääkäri- ja hammaslääkäriryhmissä olivat keskimäärin 5,0 prosenttia. Vuonna 2004 vastaava osuus oli 2,1 prosenttia.

Vuonna 2008 terveydenhuollon ammattihenkilöryhmistä määrällisesti suurimmat vajeet olivat lähi- ja perushoitajien (n=1 540) sekä sairaanhoitajien (n=970) ryhmissä ja suhteellisesti suurimmat vajeet psykologien ja puheterapeuttien ryhmissä. Lähi- ja perushoitajavaje oli suurin Oulun ja Etelä-Suomen lääneissä ja sairaanhoitajavaje Etelä-Suomen läänissä. Psykologivaje oli suurin Lapin, Oulun ja Etelä-Suomen lääneissä ja puheterapeuttivaje Lapin, Itä-Suomen ja Länsi-Suomen lääneissä.

Kuntasektorin toimintaa suun terveydenhuollossa on vaikeuttanut pitkään jatkunut hammaslääkärivaje ja terveyskeskushammaslääkärien määrä on vähentynyt 2000 -luvulla huolimatta kunnallisen suun terveydenhuollon laajennuksesta ja hoitoon pääsyä koske-

vien määräraikojen voimaan tulosta. Myös yksityissektorilla hammaslääkärimäärä on vähentynyt. Terveyskeskushammaslääkäri- ja on ollut viime vuosina noin 12 prosenttia. Yli puolet terveyskeskuksesta ilmoitti loka-kuussa 2009 hammaslääkäripulan haittaavan hoitoon pääsyn määräraikojen toteuttamista. Kokonaan ilman vakituista hammaslääkäreitä, sijaista tai vuokratyövoimahammaslääkäreitä oli vuonna 2009 yhteensä 243 virkaa. Erot sairaanhoitopiirien välillä ovat varsin suuria. Vuokratyövoiman ja muun ostopalvelun käytössä ei ole ollut suuria muutoksia. Viroista ja tehtävistä 4,0 prosenttia hoidettiin vuokratyövoimalla, jonka lisäksi käytettiin ostopalveluja yksityissektorilta. Vuonna 2009 yksityissektorin vapaan kapasiteetin määrä oli pienentynyt noin kolmanneksella edellisestä vuodesta ja vastasi runsaan 50 täysiaikaisen yksityishammaslääkäriin työpanosta. Erikoishammaslääkäreiden tuottamista palveluista on pulaa erityisesti terveyskeskuksissa. Tilanne vaikeutuu erikoishammaslääkäreiden kiihtyvistä eläkkeelle siirtymisestä. Erikoislääkärien eläkkeelle siirtyminen kiihtyy. Suomen Lääkäriliiton selvityksen mukaan nykyiset tutkintomäärät eivät riitä kaikilla erikoisaloilla korvaamaan eläkepoistumaa. Haavoittuvia erikoisaloja ovat muun muassa foniatria, ihotaudit ja allergologia, kliininen kemia, lastenkirurgia, lastentaudit, patologia ja yleiskirurgia. Hammaslääkärikoulutusta on lisätty käynnistämällä hammaslääkärikoulutus vuonna 2009 Kuopiossa sekä lisäämällä opiskelijoiden sisäänottomääriä Helsingin, Oulun ja Turun yliopistoissa. Hammaslääkärikoulutuksen lisääminen tulee parantamaan rekrytointi tilannetta ja hoitopalvelujen saantia pienellä viiveellä niin terveyskeskuksissa kuin yksityisvastaanotoilla.

Terveyskeskusten henkilöstön muuttoliike

Vuonna 2006 sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstöstä 2,6 prosenttia oli ulkomaalaisia. Vuosituhannen alussa vastaava osuus oli 2,0 prosenttia. Samaan aikaan ulkomaalaisten lääkäreiden, hammaslääkäreiden, sairaanhoitajien ja lähihoitajien työttömyysaste on pysynyt korkeampana kuin näissä ammattiryhmissä keskimäärin tai kuin työttömyysaste keskimäärin. Vuodenvaihteessa 2009 Suo-

nessa toimi 569 lääkäreitä, joilla ei ole Suomen kansalaisuutta, ja 913 äidinkieli on muu kuin suomi tai ruotsi. Vastaavasti 651 suomalaislääkäreitä oli töissä muissa maissa, pääosa (268) heistä Ruotsissa.

Työikäisistä suomalaisista terveydenhuollon ammattihenkilöistä noin 4-5 prosenttia on viime vuosina ollut ulkomailla. Vuonna 2008 ulkomailla oli noin 3 770 työikäistä suomalaista sairaanhoitajaa tai vastaavan tasoisen terveysalan koulutuksen saanutta terveydenhuollon ammattihenkilöä. Eniten heitä oli Ruotsissa, Norjassa, Isossa-Britanniassa ja Sveitsissä. Määrä on vähentynyt noin 400:lla 2000-luvun alkuvuosista. Tässä ryhmässä vuotuinen lähtömuutto kääntyi laskuun 2000-luvulle tultaessa ja paluumuutto kasvoi vuoteen 2002, jonka jälkeen se on ollut korkeampaa tai samalla tasolla kuin lähtömuutto. Paluumuutto on myös nopeutunut.

Terveyskeskusten työvoimareservit

Terveysalan koulutuksen saanutta työvoimaa on jonkun verran myös muilla toimialoilla ja työelämän ulkopuolella. Vuonna 2007 Suomessa olleista, työikäisistä sairaanhoitajista 83 prosenttia työskenteli sosiaali- ja terveydenhuollon, julkishallinnon tai koulutussektorin tehtävissä. Muilla toimialoilla oli 8 prosenttia, työttöminä 2 prosenttia ja muista syistä työvoiman ulkopuolella 6 prosenttia.

Lähihoitajien ryhmässä mahdollisen työvoimareservin voidaan arvioida olevan suuremman kuin sairaanhoitajien ryhmässä, vaikka lähihoitajistakin valtaosa toimii sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vuonna 2007 Suomessa olleista, työikäisistä lähihoitajista ja vastaavan aikaisemman koulutuksen saaneista noin kolme neljästä työskenteli sosiaali- ja terveydenhuollon, julkishallinnon tai koulutussektorin tehtävissä. Muilla toimialoilla oli 14 prosenttia, työttöminä 6 prosenttia ja muista syistä työvoiman ulkopuolella 8 prosenttia.

Työvoima- ja koulutustarpeet

Terveyskeskusten eläkepoistuma tulee kasvamaan 2010-luvun puoliväliin, jonka jälkeen se pysyy korkeana lähes 10 vuotta.

Eläkepoistuma tulee olemaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon keskimääräistä eläkepoistumaa korkeampi johtotehtävissä, hammaslääkäreillä sekä lähi- ja perushoitajilla. Myös luonnontieteellisen yliopistokoulutuksen saaneen terveydenhuollon tutkimushenkilöstön eläkepoistuma on keskimääräistä korkeampi.

Työministeriön Työvoima 2025 -projektin mukaan sosiaali- ja terveysalan työssä arvioidaan avautuvan peruskehityksen mukaan 184 600 ja tavoitekehityksen mukaan 210 100 työpaikkaa vuosina 2005–2020. Vuositasolla määrät ovat 11 600 ja 13 100. Avautuvista työpaikoista 60–70 prosenttia johtuu poistuman korvaamisesta. Sosiaali- ja terveysalan työ muodostaa kaikista avautuvista työpaikoista 19–20 prosenttia.

Koulutuksen aloittajataavoitteet on määritelly opetusministeriön Koulutustarjonta 2012 -projektissa edellä mainittujen toimialaennusteiden pohjalta. Valtioneuvosto on hyväksynyt aloittajataavoitteet osana koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelmaa vuosille 2007–2012. Kehittämissuunnitelman mukaan sosiaali- terveys- ja liikunta-alan koulutuksen aloittajataavoite vuonna 2012 olisi 18 000. Aikaisempiin aloittajamääriin verrattuna alan koulutusta lisättäisiin noin 20 prosenttia. Samalla sosiaali-, terveys- ja liikunta-alasta tulee toiseksi suurin tekniikan ja liikenteen koulutusalana jälkeen. Työvoiman riittävyyden turvaaminen edellyttää, että lisäksi huolehditaan sosiaali- ja terveysalan aikuiskoulutustarjonnan riittävyydestä väestön ikääntymisen ja palvelutarpeen kasvun mukaisesti sekä maahanmuuttajien rekrytoinnista alan koulutukseen ja työtehtäviin.

Vastuu ja johtaminen terveydenhuollossa

Yksittäisen terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet on määriteltä laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (perustuu osaamiseen ja eettisiin velvollisuuksiin). Kansanterveyslaissa on määritetty, että terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää siitä, järjestetäänkö potilaan sairaanhoito avosairaanhoitona, kotisairaanhoito mukaan luettuna, vai ottamalla potilas terveyskeskuksen sairaansijalle hoidettavaksi. Niin ikään hän päättää potilaan siirrosta toiseen sairaan-

hoitolaitokseen. Vastuu sisältää yleisen käytännön mukaan muun muassa vastuun terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen tarpeenmukaisuudesta, laadusta ja turvallisuudesta ja näihin liittyvistä voimavaroallokoinneista, ohjeista ja käytännöistä.

Ylilääkäri -nimikkeellä tai vastaavalla toimi 2500 lääkäriä ja apulaisylilääkäri-nimikkeellä 700 vuonna 2008. Vuotta aiemmin 14 prosenttia erikoislääkäreistä ilmoitti suorittaneensa hallinnon pätevyyden ja muun johtamiskoulutuksen oli suorittanut 12 prosenttia erikoislääkäreitä.

Kuntasektorilla toimi strategisessa johdossa, keskijohdossa ja esimiestyössä ylihammaslääkäri tai vastaava hammaslääkäri -nimikkeellä 200 henkilöä vuonna 2008.

Henkilöstö on sosiaali- ja terveydenhuollon strateginen voimavara ja keskeinen menestystekijä. Hoitohenkilöstö muodostaa yli puolet terveydenhuollon henkilöstöstä, ja hoitotyö toteuttaa osaltaan terveydenhuollon perustehtävää. Hoitotyön johtamisen ydintehdävät ja kehittämislinjaukset määritellään hoitotyön kansallisessa toimintaohjelmassa. Hoitotyön johtamisen tehtävänä on luoda edellytykset turvalliselle, vaikuttavalle, laadukkaalle ja tulokselliselle hoitotyölle.

Hoitotyön johtajat toimivat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä strategisessa johdossa, keskijohdossa ja esimiestyössä. Ylihoitajan tai vastaavalla nimikkeellä toimi 510 henkilöä vuonna 2008. Viime vuosina hoitotyön johtajien määrää on kuitenkin vähennetty ja vastuuta supistettu. Kuntasektorin ylihoitajien määrä on vähentynyt 19 prosenttia ja osastonhoitajien määrä 15 prosenttia vuosina 2000–2008. Osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien määrä on vähentynyt saman verran. Vuonna 2007 terveyskeskuksista 14 prosentissa johtavan hoitajan tai vastaavan hoitotyön johtajan vakanssia ei ollut lainkaan tai se oli lakkautettu.

Terveydenhuollon työvoimatarpeiden ennakointi

Valtakunnallisen ja alueellisen ennakointijärjestelmän muodostaman kokonaisuuden tavoitteena on tuottaa keskushallinnon ja alueiden yhteiset näkemykset työvoimatarpeesta ja koulutustarjonnasta. Eri toimialojen työ-

voimatarpeet ennakoidaan työ- ja elinkeinoministeriön johdolla. Niiden pohjalta määritellään eri koulutusalojen koulutustarpeet opetusministeriön johdolla. Valtioneuvosto hyväksyy joka neljäs vuosi koulutuksen aloittajataavoitteet osana suunnitelmaa opetusministeriön hallinnonalan koulutuksen ja yliopistoissa harjoitettavan tutkimuksen kehittämisestä.

Työllisyys- ja toimialakehityksen ennakointia ohjaa työ- ja elinkeinoministeriön johdolla toimiva tilajakonsortio, jossa ovat mukana myös valtiovarainministeriö, opetusministeriö ja sosiaali- ja terveysministeriö. Koulutustarpeiden ennakkoinnin tukena on keskeisten ministeriöitten ja etujärjestöjen muodostama laajapohjainen asiantuntijaverkosto, jossa sosiaali- ja terveysministeriö on myös mukana. Opetushallituksen johdolla laaditaan lisäksi valtakunnallinen ammatillisten osaamistarpeiden ennakointimalli, jonka avulla voidaan ennakoida ammatillisia osaamistarpeita kaikilla koulutusasteilla ja ammattialoilla. Sosiaali- ja terveysministeriö on mukana tässä hankkeessa, joka jatkuu toukuun loppuun 2011.

Alueellista ennakointijärjestelmää uudistettiin vuoden 2010 alusta. Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskukset vastaavat lyhyen aikavälin alueellisesta ennakkoinnista. Maakuntien liittojen muodostamat yhteistyöalueet vastaavat keskipitkän ja pitkän aikavälin työvoima- ja koulutustarpeiden alueellisesta ennakkoinnista.

Ennakointityö tapahtuu yksittäisissä maakunnissa, mutta koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelmaa varten käytävä vuoropuhelu alueellisesta koulutustarjonnasta tullaan käymään niitä laajemmissa kokonaisuuksissa, yhteistyöalueilla. Yhteistyöalueita on tarkoitus muodostaa alle kymmenen. Ennakointiin on tarkoitus ottaa mukaan myös valtion muun aluehallinnon, koulutusyksiköiden, elinkeinoelämän sekä sosiaali- ja terveydenhuollon edustus. Uudet yhteistyöalueet toimittavat ensimmäiset esityksensä opetusministeriölle kevään 2011 aikana osana vuosien 2011–2016 koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelman valmistelua. Tarkoitus on, että yhteistyöalueet muodostaisivat jatkossa koulutustarpeiden ennakointiin ja seurantaan pysyvän organisaation, joka

kokoontuisi vähintään kerran vuodessa myös kehittämissuunnitelmatyön ulkopuolella.

Tähän saakka alueellisissa ennakointiryhmissä ei ole aina ollut sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemusta eikä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköillä ei ole ollut käytössään alueellisen ennakkoinnin tuloksia. Puutteita on ollut myös sosiaali- ja terveysalan koulutusyksiköiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden yhteistyössä koulutustarjonnan ja työvoiman kysynnän alueellisessa yhteensovittamisessa sekä koulutuksen työelämälähtöisyyden kehittämisessä.

2.1.5 Valvonta

Kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Sosiaali- terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintoviranomaisten toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon ohjauksessa ja valvonnassa. Lisäksi Valvira ohjaa ja valvoo kansanterveystyötä ja erikoissairaanhoidtoa erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat periaatteellisesti tärkeät tai laajakantoiset asiat; useaa aluetta tai koko maata koskevat asiat sekä asiat, jotka liittyvät Valvirassa käsiteltävään terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevaan valvonta-asiaan sekä asiat, joita aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään.

Valvira ja aluehallintovirasto voivat tarkastaa kunnan ja kuntayhtymän kansanterveyslaissa tai erikoissairaanhoidolaissa tarkoitettuun toimintaan käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat silloin kuin tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Jos kansanterveystyön tai erikoissairaanhoidon järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on muutoin tämän lain vastaista, Valvira ja aluehallintovirasto voi antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta määräajassa. Jos potilasturvallisuus sitä edellyttää, toiminta voidaan määrätä välittömästi keskeytettäväk-

si taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kieltää välittömästi.

Valvira tai aluehallintovirasto voivat velvoittaa kunnan tai kuntayhtymän noudattamaan määräystä puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta sakon uhalla tai uhalla, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään.

Edellä mainittu ei koske lääkelaissa (395/1987) tarkoitettua toimintaa, jonka mukaisesta valvonnasta vastaa Fimea. Jos Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto tai aluehallintovirasto on valvonnassaan havainnut lääkehuoltoa koskevia puutteita tai muita epäkohtia, niistä on ilmoitettava Fimelle.

Aluehallintovirasto tai Valvira voivat antaa kunnalle, kuntayhtymälle tai virkamiehelle huomautuksen, jos kunta tai kuntayhtymä on menettänyt virheellisesti tai jättänyt velvollisuutensa täyttämättä. Jos asia ei anna aihetta huomautukseen tai varsinaisiin sanktioihin, valvontaviranomainen voi kiinnittää valvottavan huomiota toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen tai hyvän hallintotavan noudattamiseen. Huomautus ja huomion kiinnittäminen eivät ole varsinaisia sanktioita, vaan lähinnä viranomaisen tai virkamiehen toimintaa ohjaavia kannanottoja, minkä vuoksi niihin ei saa hakea muutosta valittamalla.

Valvontaviranomaiset eivät pääsääntöisesti käsittele kantelua, joka koskee yli 5 vuotta vanhaa asiaa. Tästä määräajasta voidaan kuitenkin poiketa, jos siihen on erityisiä syitä.

Asiakaskeskeisyys

Asiakkaalla tarkoitetaan sosiaalihuollon asiakaslaissa tarkoitettua asiakasta sekä potilaslaissa tarkoitettua potilasta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159).

Asiakaskeskeisyyteen sisältyy, että asiakas on palvelujen keskipisteenä siten, että palvelut ja toiminnot organisoidaan hänen yksilöllisistä tarpeistaan lähtien. Asiakkaan pitäisi olla selvillä hoito- ja palveluketjujen kokonaisuudesta ja hänellä tulisi olla tosiasiallinen mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan palveluketjuunsa. Tärkeä osa asiakaskeskeisyyttä on mahdollisuus tehdä valintoja

koskien hoitovastuussa olevaa yksikköä ja hoitavaa terveydenhuollon ammattihenkilöä sekä osallistua valintaan hoitovaihtoehtojen välillä.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain säännöksiä, jotka erityisesti heijastavat myös asiakaskeskeisyyttä ovat esimerkiksi yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantunnon vapaus (11 §) sekä itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.3 §).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää säännökset potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvistä keskeisistä periaatteista. Laki korostaa potilaan aktiivista osallistumista, potilaan itsemääräämisoikeutta sekä hänen oikeuttaan hoitoon ja tiedonsaantiin.

Potilaslain lähtökohtana on asiakaskeskeisyys, sillä terveyden- ja sairaanhoito on potilaslaissa määritelty yksilön terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviksi toimenpiteiksi. Potilaslain 3 §:ssä todetaan, että potilaalla on oikeus ilman syrjintää saada hänelle lääketieteellisesti tarpeellinen hoito. Potilaslain 6 §:n hoitoa on annettava yhteismääräyksessä potilaan kanssa.

Potilaslaki suuntasi terveydenhuollon toimintaa kohti asiakaskeskeisyyttä. Potilaslaki vaikuttaa erityisesti hoidon laatuun. Laki edellyttää, että hoidon tarpeen arvioinnin sekä potilaan hoidon ja kohtelun on oltava laadultaan hyvää ja muutoinkin täytettävä laissa määritellyt hyvän hoidon ja kohtelun kriteerit. Hyvän hoidon käsite sisältää muun muassa ihmis- ja perusoikeuksien noudattamisen hoitosuhteessa. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon. Potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi

ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä. Kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja suomen ja ruotsin kielellä säädetään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoito-laissa.

Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain niin sanotuissa hoitotakuusäännöksissä on myös heijastuksia asiakaskeisyydestä. Erikoissairaanhoitolaissa on todettu myös jonkinlainen mahdollisuus valita lääkäri ja hoitopaikka. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994, ammattihenkilölaki) todetaan, että ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon toiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat (15 §). Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden edellytetään toimivan potilaan etujen mukaisesti. Potilaslain mukaan ammattihenkilö tekee päätöksensä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (6 §).

Myös kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain (169/2007) tarkoitusta koskevassa 1 §:ssä on todettu, että lain mukaisia järjestelyjä suunniteltaessa ja toteutettaessa on otettava huomioon perusoikeudet ja yhdenvertaisuus palvelujen saamisessa ja kunnan asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet. Lain tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut.

Kun asiakkaan ja potilaan valinnanmahdollisuuksia hoitopaikan tai hoitovaihtoehtojen välillä halutaan lisätä, muodostuu terveyspalveluissa potilaan näkökulmasta suureksi haasteeksi tiedon hallinnan asymmetria. Potilaan ja asiakkaan kannalta todellinen ongelma on tiedon laatu. Potilaalla ei ole mahdollisuutta arvioida tiedon luotettavuutta ja merkitystä oman tilanteensa kannalta, eikä myöskään sitä, mikä on jätetty kertomatta. Tästä johtuu, että potilas usein tarvitsee avukseen terveydenhuollon ammattilaisen auttamaan hänelle parhaan valinnan teossa.

Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aistitai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.

Potilaan oikeudesta tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot on voimassa, mitä henkilötietolain (523/1999) 26–28 §:ssä säädetään. Potilaan oikeudesta tietojen saantiin on lisäksi voimassa, mitä siitä säädetään viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 11 ja 12 §:ssä.

Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

2.1.6 Terveydenhuollon laatu ja potilasturvallisuus

Terveydenhuollon laatua voidaan tarkastella eri näkökulmista. Potilaan ja asiakkaan laatu näkökulmassa korostuu, mitä potilas odottaa ja haluaa sekä hänen kokemuksensa saamastaan hoidosta. Terveydenhuollon ammattilaisten laatu näkökulmassa tärkeää on se, mitä potilas tarvitsee lääketieteellisin perustein sekä tieteelliseen näyttöön perustuvien terveydenhuollon menetelmien käyttö. Johdon ja hallinnon näkökulmasta tavoitteena on paras mahdollinen tulos tuhlaamatta, virheettömästi ja viiveettä sekä säädöksiä ja sisäisiä ohjeita noudattaen.

Potilasturvallisuus on korkealaatuisen ja vaikuttavan hoidon keskeinen osatekijä. Siitä huolimatta viime vuosikymmenen aikana on saatu vahvaa näyttöä siitä, että sairaalahoitoon tulevista potilaista 5-10 prosentille ilmenee hoitoon liittyvä haitta ja 1 prosentilla haitta on vakava-asteinen tarkoittaen vammautumista tai kuolemaa. Insitute of Medicine vuonna 1999 julkaisemassa raportissa ”To err is human: Building a safer health system” todettiin, että USA:ssa kuolee vuosittain 44000 - 98000 henkilöä hoitovirheen aiheuttamiin haittoihin ja että näistä noin puolet olisi estettävissä laadunhallinnan keinoin. Näistä aiheutuneet kustannukset olivat 22 miljardia euroa. Suomen oloihin siirrettynä tämä merkitsisi noin 750 – 1 500 kuolemantapausta vuodessa ja vastaavat kustannukset olisivat noin 440 miljoonaa euroa. Vuosina 2005–2009 Suomessa Potilasvakuutuskeskuksen (PVK) maksamat korvaukset potilasvahingoista vaihtelivat 22,7 ja 31,0 miljoonan euron välillä. Eniten korvaukseen johtaneita hoitovahinkoja sattui leikkaus- ja anestesiatoinenpiteiden yhteydessä 1200 vuonna 2009. Kliiniseen tutkimukseen liittyvien korvattujen hoitovahinkojen määrä oli myös korkea yli 650 kpl, hammashoidon toimenpiteisiin liittyviä vahinkoja korvattiin yli 200 kpl ja muita toimenpiteitä edellisten lisäksi yli 200 kpl.

Sitovaa lainsäädäntöä terveydenhuollon laadusta tai potilasturvallisuudesta ei ole annettu. Useista laeista tai niiden nojalla annetuista asetuksista löytyy kuitenkin perusteita palvelujen laadun määrittelemiseksi. Ensimmäisesti laatua on kuitenkin ohjattu suosituksilla, mutta niiden merkitys on jäänyt vähäiseksi talousseikkojen ja säästämistavoitteiden ollessa pääasiallinen toimintaa ohjaava tekijä. Laatusuosituksia eivät ole oikeudellisesti sitovia, mutta niitä voidaan pitää asianmukaisen palvelujen mittapuuna. Sitovuuden puuttuminen on sallinut toimijoiden ohittaa laatu- ja laatuindikaattorit toiminnan järjestämisessä. Käytännössä laatuun kiinnitetään huomio usein vasta kantelujen ja tähän liittyvien valvontaviranomaisten toimien kuten uhkasakkojen seurauksena.

Laatusuosituksia ovat muun muassa vuonna 1994 julkaistu terveydenhuollon laatu- ja laatuindikaattorit, suuntaviivat laadun jatkuvalle kehittä-

mälle Suomessa, vuonna 1995 annetut asiakaskeskeisyyteen ja hyvän laadun kehittämiseen ohjaavat laatusuosituksia, vuonna 2000 annettu valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadun hallinnasta 2000-luvulle.

Kunnallisesti tuotettavien palvelujen laatua ei yleensä ole yksityiskohtaisesti määritetty. Valtakunnallisia laatusuosituksia on annettu mielenterveyspalveluihin, kouluterveydenhuoltoon ja terveyden edistämiseen.

Yksityisiltä hankittavien ostopalvelujen tulee vastata sitä tasoa, jota edellytetään vastaavilta kunnallisilta palveluilta. Tällä on haluttu turvata se, että kaikki julkisesti rahoitetut palvelut täyttävät samat laadulliset vähimmäisvaatimukset. Yksityisten palvelujen järjestämisestä ja valvonnasta säädetään yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) ja asetuksessa (744/1990) sekä yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta annetussa laissa (603/1996). Säännökset koskevat myös kunnan yksityiseltä palvelutuottajalta ostamia palveluja.

Pohjoismaiden ministerineuvoston alaisissa Suomen puheenjohtajuuden aikana vuonna 2007 perustetuissa neljässä laaturyhmässä on pidetty tärkeänä kehittää muun muassa terveydenhuollon laatuindikaattoreita, potilasturvallisuuden laatua, potilaiden käsityksiä terveydenhuollon laadusta sekä suun terveydenhuollon laatuindikaattorien kehittämistä. Myös OECD:n alaisuudessa on ollut laatuindikaattorihanke, missä on kehitetty terveydenhuollon laatuindikaattoreita. Suomi on mukana näissä hankkeissa.

Palvelujärjestelmän toimivuuden ja suorituskyvyn arviointia on ollut sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan organisaatioissa sinällään kohtuullisen paljon, mutta arviointityö on hajallaan ja työn kattavuus on huomattavan epätasainen. Uusi Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL) aloitti toimintansa vuoden 2009 alusta. Tavoitteena on tehostaa toimintaa ja yhteistyötä, parantaa tuottavuutta sekä taata palvelujen laatu ja yhtenäiset käytännöt koko maassa.

Potilasturvallisuuden parantaminen on saanut keskeisen ja näkyvän roolin niin Maailman Terveysjärjestön WHO:n World Alliance for Patient Safety – hankkeessa, Euroopan Unionin Patient Safety Network (EUNetPaS)

-hankkeessa, OECD:n laatuindikaattorihankkeen osana, sekä Pohjoismaiden ministerineuvoston alaisessa potilasturvallisuuden laadun kehittäminen -työryhmässä. Suomi on antanut muun muassa sitoumuksen osallistumisesta WHO:n käsihygienian parantamiskampanjaan sairaalainfektioiden vähentämiseksi. Euroopan Unionin alueella Suomella on osavetovastuu lääkehoidon turvallisuuden edistämiseen tähtäävässä osahankkeessa (EUNetPaS-hanke).

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän kolmeksi vuodeksi marraskuun alussa 2006 linjaamaan keskeiset kansalliset tavoitteet potilasturvallisuuden edistämiseksi. Kansallinen potilasturvallisuusstrategia julkaistiin vuonna 2009. Ohjausryhmän alaisissa työvaliokunnissa on arvioitu Suomeen sopivia potilasturvallisuutta edistäviä toimintatapoja, raportointi- sekä palautemenettelyjä tapahtumista oppimiseksi, keinoja lisätä johdon, työntekijöiden sekä myös potilaiden valmiuksia ja mahdollisuuksia edistää potilasturvallisuutta. Samoin on haettu keinoja kehittää toimintakulttuuria potilasturvallisuutta edistäväksi.

Potilasturvallisuustyön hyvänä käynnistäjänä on ollut sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Turvallinen lääkehoito -opas, THL:n internetsivuilta löytyy potilasturvallisuussanasto.

2.1.7 Muu lainsäädäntö

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain (169/2007, jäljempänä puitelaki) tarkoituksena on luoda edellytykset kunta- ja palvelurakenneuudistukselle. Laki on voimassa määräaikaaisesti vuoden 2012 loppuun.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksella vahvistetaan kunta- ja palvelurakennetta, kehitetään palvelujen tuotantotapoja ja organisoitua, uudistetaan kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistetaan kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoa. Tarkoituksena on turvata perusoikeuksien toteutuminen palvelujen saatavuuden ja laadun osalta yhdenvertaisesti asuinpaikasta riippumatta, parantaa palvelujärjestelmän tuottavuutta sekä hil-

litä kuntien menojen kasvua ja turvata palvelujen rahoitus. Lisäksi tavoitteena on luoda edellytyksiä kuntien järjestämien palvelujen kehittämistoiminnalle ja ohjauksen kehittämiseksi. Kunta- ja palvelurakenteen uudistamisella pyritään myös lisäämään hyvinvointia ja väestön toimintakykyä ja sitä kautta vähentämään tulevaa hoidon ja palvelujen tarvetta sekä kaventamaan väestöryhmien välisiä terveys- ja hyvinvointieroja. Tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja väestön saatavilla olevat palvelut.

Puitelain 5 §:n mukaan kunnan tulee muodostua työssäkäyntialueesta tai muusta sellaisesta toiminnallisesta kokonaisuudesta, jolla on taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta.

Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Kunnat voivat perustaa yhteistoiminta-alueen joko antamalla yhteistoiminta-alueen tehtävät yhden kunnan hoidettavaksi kuntalain 76 §:n 2 momentin mukaisesti (isäntäkuntamalli) tai perustamalla yhteisen kuntayhtymän.

Väestöpohjavaatimuksista voidaan poiketa, jos toiminnallisen kokonaisuuden muodostaminen ei saaristoisuuden tai pitkien etäisyyksien vuoksi ole mahdollista tai poikkeaminen on tarpeen suomen- tai ruotsinkielisten asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaamiseksi taikka saamelaiden kieltä ja kulttuuria koskevien oikeuksien turvaamiseksi.

Puitelain 6 §:n mukaan laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaamiseksi maa jaetaan kuntayhtymiin ja kunkin kunnan tulee kuulua yhteen kuntayhtymään. Uudistuksen pohjana ovat erikoissairaanhoitolain 7 §:ssä luetellut kuntayhtymät, mutta puitelain 3 §:n mukaan kunnat voivat muodostaa kuntayhtymät erikoissairaanhoitolain mukaisesta sairaanhoitopiirijaosta ja valtioneuvoston kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977) 6 §:n nojalla päättämästä erityishuoltopiirijaosta poiketen.

Äänivallasta kuntayhtymässä on voimassa, mitä erikoissairaanhoitolain 17 §:ssä säädetään, jolleivät kunnat toisin sovi.

Kuntayhtymän tehtävänä on kunnan osoittamassa laajuudessa vastata palveluista, jois-

ta säädetään erikoissairaanhoitolaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa. Lisäksi kuntayhtymän tulee edistää alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamista sekä hoitaa muut sille lailla säädettyjä tehtäviä. Kunnat voivat antaa kuntayhtymälle myös muita kuin laissa säädettyjä tehtäviä.

Kaksikieliset ja yksikieliset ruotsinkieliset kunnat ovat lisäksi jäseninä kuntayhtymässä, jonka tehtävänä on turvata jäsenkuntiensa ruotsinkielisten palvelujen järjestäminen erikseen sovittavan työnjaon mukaisesti.

Osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidoista keskitetään valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille. Eduskunnalle antamista varten valmistellaan hallituksen esitys erikoissairaanhoitolain muuttamisesta siten, että valtioneuvoston asetuksella säädetään, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon, sekä siitä, mitkä näistä keskitetään valtakunnallisesti. Nykyisin siitä, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon sekä valtakunnallisesta ja alueellisesta erityistason sairaanhoidon keskittämisestä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Jatkossa kyseiset säännökset annetaan valtioneuvoston asetuksen tasoisina. Puitelain 6 §:n 4 momentin säännös sisältää toimeksiannon muuttua erikoissairaanhoitolain asetuksenantovaltuutta.

Valtioneuvosto antoi eduskunnalle selonteon kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta marraskuussa 2009. Paras-uudistuksen myötä näyttäisi siltä, että perusterveydenhuollon järjestäminen siirtyy suurin piirtein 60 / 60 yksittäisten kuntien / yhteistoiminta-alueiden vastuulle. Yhteistoiminta-alueiden joukossa on kymmenkunta suurehkon kaupungin isäntäkuntana toimimiseen perustuvaa yhteistoiminta-alueita.

Perusterveydenhuollon järjestäminen jää (poikkeusperusteiden soveltamisen jälkeen) noin 25 kunnassa edelleen alle 20 000 asukkaan väestöpohjalle, mutta näissä kunnissa on vain 2,5 prosenttia maan väestöstä.

Sosiaalipalveluista tulee puitelain mukaan järjestää perusterveydenhuoltoon kiinteästi liittyvät palvelut yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. Valtakunnassa on vahvasti

suositeltu (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto) koko sosiaali- ja terveystoimen yhteistä järjestämistä. Maassa tulee vuoteen 2013 jatkuvan prosessin tuloksena olemaan noin 120 kuntaa, joissa sosiaalipalvelujen järjestäminen jakautuu yhteistoiminta-alueiden ja peruskuntien kesken. Näissä kunnissa on runsaat 20 prosenttia maan väestöstä. Kokonaan erillinen hallinto on nykyisin ja todennäköisesti myös 2013 kahdessa kaupungissa, joissa on kuitenkin lähes 600 000 asukasta (toinen näistä on Helsinki). Kokonaan yhdistetty, tai lasten päivähoitoa lukuun ottamatta yhdistetty hallinto tulisi olemaan noin 60 prosentissa maan kunnista, ja näissä asuu 2/3 väestöstä.

Kehittyvän rakenteen kuva on kirjava. Yhteistoiminta-alueiden joukossa on tehtävälle motivoituneita, jo nykyisin hyvin toimivia ja otteeltaan innovatiivisia ja innostuneita alueita. Joukossa on kuitenkin ongelmallisisa merkeissä syntyneitä; muodostumisprosessi on ollut mutkikas ja jopa pakonomaisesti edennyt. Syksyllä 2009 parillakymmenellä kunnalla asiat olivat kokonaan auki.

On syntymässä rakenteeltaan – sekä maantieteen että palvelukokoonpanojen puolesta – ongelmallisia yhteistoiminta-alueita. Tärkeät palveluprosessit jakautuvat joissakin yhteistoiminta-alueissa eri järjestäjätahojen vastuulle. Osa yhteistoiminta-alueista on maantieteellisesti hajanaisia tai muutoin luonteeltaan seuduillisista kokonaisuuksista poikkeavia.

Yksi suuri ongelma rakenteessa on ns. reikäleipäproblematiikka, toisin sanoen se, mitä tapahtuu suurten kaupunkien ympärillä. Maan keskussairaaloitten 20 sijaintikaupungista puolet on ympäristönsä yhteistoiminta-alueiden muodostumisesta irrallaan, osa toimii isäntäkuntana 1-2 pienelle naapurikunnalle. Vain muutama (Lappeenranta, Kajaani, Pori, Jyväskylä) on mukana mittakaavaltaan merkittävässä yhteistoiminta-alueiden muodostumisissa.

Yhteistoiminta-alueiden hallinnon, rahoituksen ja muiden pelisääntöjen kirjavuus osoittaa, ettei ole syntynyt tai syntymässä selvästi uutta tapaa siirtyä taloudellisesti ja toiminnallisesti aikaisempaa vahvemmalle pohjalle. Enemmistö yhteistoiminta-alueista on varautunut toimimaan 1970–1980-luvulla

muodostuneiden kuntainliittojen/kuntayhtymien linjaamilla kehitysurilla.

PARAS-uudistus ei erityisesti edistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnallista integroitumista. 25 kunnalla tai yhteistoiminta-alueella on sairaanhoitopiirien hallinnon ulkopuolella oleva kunnallisessa tai kuntayhtymän hallinnassa oleva erikoissairaanhoidon sairaala (aluesairaala, paikallissairaala). Näistä vain pienenhkö osa (alle 10) on nykyisellään sopiva pohja toimimaan kohutuullisen laaja-alaisena peruserikoissairaanhoidon yksikkönä.

Hallintolaki

Hallintolaki (434/2003) on hallinnon toimintaa sääntelevä yleislaki, jossa säädetään hyvän hallinnon perusteista ja hallintoasiassa noudatettavasta menettelystä. Lisäksi laissa säädetään viranomaisen toimintaan yleisesti sovellettavista hyvän hallinnon perusteista, ja korostetaan asiakasnäkökulmaa ja hallinnon palveluperiaatteen mukaista virkatehtävien hoitamista. Hallintolakia sovelletaan kaikissa viranomaisissa ja lähtökohtana on, että hallintolaki kattaa kaikki hallinnon toimintamuodot, osittain myös julkisten palvelujen tuottamisen. Hallintolakia sovelletaan myös valtion liikelaitoksissa, julkisoikeudellisissa yhdistyksissä sekä yksityisissä niiden hoitessa julkisia hallintotehtäviä. Hallintoasian käsitteilynä pidetään siis myös julkisia palveluja ja etuja sekä sosiaalisia oikeuksia koskevaa viranomaisen päätöksentekoa. Tosiasiallista hallintoa on muun muassa potilaan terveyspalvelut.

Hallintolain 6 §:ssä säädetään hallinnon oikeusturvaperiaatteista. Pykälän nojalla viranomaisen on kohdeltava hallinnossa asioivia tasapuolisesti sekä käytettävä toimivaltaansa yksinomaan lain mukaan hyväksyttäviin tarkoituksiin. Toiminnan tulee olla johdonmukaista siten, että harkinnan kohteena olevia tosiseikkoja arvioidaan samankaltaisissa tapauksissa samoin perustein. Toiminnan on myös oltava oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden.

Viranomaisen toimien on oltava puolueettomia ja oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden. Niiden on suojattava oikeusjärjestyksen perusteella oikeutettuja odo-

tuksia. Säännös merkitsee luottamuksen-suojaperiaatteen laintasoista vahvistamista. Periaate merkitsee ennen muuta yksilön suojaa julkista valtaa vastaan. Periaatteen soveltamisessa on kysymys siitä, millä edellytyksillä yksityinen oikeussubjekti voi luottaa julkista valtaa käyttäen tehdyn päätöksen pysyvyyteen ja minkälainen turva tällä on viranomaisten toiminnan odottamattomia muutoksia vastaan.

Hallintolain 7 §:ssä säädetään palveluperiaatteesta ja palvelun asianmukaisuudesta. Asiakasnäkökulman korostaminen ja viranomaistoiminnan tuloksellisuuden parantaminen ovat olleet hallinnon kehittämisen keskeisiä painopistealueita. Hallintolain valmisteluasiakirjojen mukaan (HE 72/2002 vp.) julkisia palveluja järjestettäessä tulisi erityisesti kiinnittää huomiota palvelujen riittävyyteen ja saatavuuteen sekä hallinnossa asiointaan valinnanvapauteen. Julkisen sektorin on huolehdittava siitä, että tärkeät palvelut ovat saatavilla kaikkialla maassa ja välttämättömät tehtävät tulevat tehokkaasti hoidetuksi. Esimerkiksi julkiseen terveydenhoitoon liittyvä toiminta tulisi pyrkiä järjestämään siten, että palvelujen saanti kyetään turvaamaan myös poikkeusoloissa ja ihmisten alueellinen tasa-arvoisuus toteutuu. Julkisten palvelujen toteuttaminen on pääasiassa tosiasiallista hallintotoimintaa, esimerkiksi sairaanhoitoa mutta siihen voi liittyä myös päätöksentekoa.

Valtionosuuslainsäädäntö

Uusi laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta tuli voimaan vuoden 2010 alusta. Valtionosuusuudistuksessa aiemmin sektori-kohtaiset valtionosuudet on keskitetty valtionvarainministeriöön. Valtionosuuksien yhdistäminen koski kuntien yleistä valtionosuutta ja verotuloihin perustuvaa valtionosuuksien tasausta sekä valtionosuuksia, joita myönnetään esi- ja perusopetukseen, sosiaali- ja terveydenhuoltoon, kirjastoille, kuntien yleiseen kulttuuritoimintaan sekä asukaskoh- taisesti rahoitettuun taiteen perusopetukseen. Näitä tehtäväkohtaisia valtionosuuksia täydentää tai vähentää kunnan verotulojen perusteella myönnettävä valtionosuuksien tsauslisä tai -vähennys. Lisäksi kunnalle voi-

daan myöntää talousvaikeuksien perusteella harkinnanvaraista valtionosuuden korotusta.

Kunnan valtionosuus lasketaan siten, että kullekin kunnalle erikseen lasketusta valtionosuuden laskennallisesta perusteesta vähennetään kunnan omarahoitusosuus, joka on kaikissa kunnissa asukasta kohti yhtä suuri. Yhdistettävissä valtionosuuksissa on yksi yhtenäinen kiinteä valtionosuusprosentti, joka kuvaa valtion ja kuntien välistä kustannusten jakoa. Kuntien peruspalvelujen valtionosuus on 34,04 prosenttia vuonna 2010.

Kunnan peruspalvelujen valtionosuuden laskemisen perusteina käytetään yleisen osan määräytymisperusteita, sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisia kustannuksia, esi- ja perusopetuksen sekä yleisten kirjastojen laskennallisia kustannuksia, taiteen perusopetuksen ja yleisen kulttuuritoimen määräytymisperusteita sekä erityisen harvan asutuksen, saaristokunnan sekä saamelaiden kotiseutualueen kunnan lisäosien määräytymisperusteita.

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset saadaan laskemalla yhteen erikseen laskettavat kunnan sosiaalihuollon ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset ja kertomalla summa syrjäisyyskerroin. Kunnan sosiaalihuollon laskennalliset kustannukset saadaan laskemalla yhteen tulot, jotka saadaan kertomalla sosiaalihuollon ikäluokittaiset perushinnat asianomaisiin ikäluokkiin kuuluvien kunnan asukkaiden määrällä. Kunnan 0–6 -vuotiaiden osalta saatu tulo kerrotaan päivähoitokerroinilla. Näin saatuun summaan lisätään kunnan työttömyyden, vammaisuuden ja lastensuojelun perusteella määritellyt laskennalliset kustannukset. Kunnan terveydenhuollon laskennalliset kustannukset saadaan laskemalla yhteen sairastavuuden perusteella lasketut sekä ikäluokkaan perustuvat laskennalliset kustannukset.

Kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmän uudistamisen lähtökohtana on ollut kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annettu laki (169/2007, puitelaki). Puitelain 11 §:n mukaan kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmä uudistetaan tavoitteena yksinkertainen ja läpinäkyvä järjestelmä. Kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain ta-

voitteena on vahvistaa kunnallisten peruspalvelujen rahoituksen kokonaisuutta kokoamalla kunnan peruspalvelujen valtionosuudet yhdeksi kokonaisuudeksi valtiovarainministeriön hallinnonalalle. Tarkoituksena on ollut myös lisätä valtionosuuksia koskevan valtion talousarviovalmistelun poikkihallinnollisuutta ja tukea peruspalveluohjelmaa ja sen tavoitteita. Tavoitteena on myös turvata peruspalvelujen järjestämisen rahoitus erityisen harvaan asutuissa kunnissa, saaristokunnissa ja saamelaiden kotiseutualueen kunnissa sekä vähentää kuntien riippuvuutta harkinnanvaraisesta rahoitusavustuksesta. Lisäksi tavoitteena on ollut vähentää päällekkäistä tiedonkeruuta ja parantaa kuntien mahdollisuuksia saada tietoja valtionosuuden seuraavan vuoden määrästä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Terveydenhuolto ja rekisterinpito

Henkilötietolain (523/1999) 3 §:n 4 kohdan mukaan rekisterinpitäjällä tarkoitetaan yhtä tai useampaa henkilöä, yhteisöä, laitosta tai säätiötä, jonka käyttöä varten henkilörekisteri perustetaan ja jolla on oikeus määrätä henkilörekisterin käytöstä tai jonka tehtäväksi rekisterinpito on lailla säädetty. Terveydenhuollossa rekisterinpitäjänä on terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammatiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 2 §:n 4 kohdan mukaan terveydenhuollon toimintayksiköllä tarkoitetaan muun muassa kansanterveyslaissa (66/1972) tarkoitettua terveyskeskusta sekä erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) tarkoitettua sairaalaa ja siitä erillään olevaa sairaanhoidon toimintayksikköä sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päättämää muuta hoitovastuussa olevaa kokonaisuutta.

Erikoissairaanhoitolain 12 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä tulee olla erikoissairanhoidon järjestämiseksi sairaaloita sekä tarpeen mukaan erillään olevia sairaanhoidon toimintayksiköitä. Sairanhoitopiirin kuntayhtymä päättää sairaaloiden ja muiden toimintayksiköiden perustamisesta ja lakkauttamisesta. Kuntayhtymä voi päättää, että toimintayksikköön kuuluu useampi kuin yksi

sairaala tai erillinen toimintayksikkö taikka niiden osia edellyttäen, että ne yhdessä muodostavat 32 §:ssä tarkoitetulla tavalla hoitovastuussa olevan kokonaisuuden.

Heinäkuun 1 päivänä 2007 voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) nojalla Suomeen luodaan valtakunnallisesti keskitetyt tietojärjestelmäpalvelut potilasasiakirjojen arkistointia ja terveydenhuollon palvelujen antajien välistä potilastietojen luovutuksenhallintaa varten. Lain mukainen arkistointipalvelu toteutetaan rekisterinpitäjäkohtaisina potilasarkistoina. Rekisterinpitäjien välinen tietojen luovutus tapahtuu potilaan suostumuksella tai luovutuksen oikeuttavan lain säännöksen nojalla.

Julkisen terveydenhuollon palvelujen antajan tulee lain 15 §:n 1 momentin mukaan liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi. Yksityisen terveydenhuollon palvelujen antajan tulee liittyä näiden tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi, jos sen potilasasiakirjojen pitkäaikaissäilytys toteutetaan sähköisesti. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen pystyttämiseksi on laissa varattu siirtymäaika siten, että järjestelmän tulee olla käytössä 1 huhtikuuta 2011.

Julkiset hankinnat ja kuntien välinen yhteistyö

Valtion ja kuntien viranomaisten sekä muiden hankintayksiköiden on kilpailutettava hankintansa siten kuin julkisista hankinnoista annetulla lailla (348/2007, jäljempänä hankintalaki) säädetään. Lailla on pantu täytäntöön julkisia rakennusurakoita sekä julkisia tavara- ja palveluhankintoja koskevien sopimusten tekomenettelyjen yhteensovittamisesta annettu Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2004/18/EY, jäljempänä hankintadirektiivi, sekä julkisia tavarahankintoja ja rakennusurakoita koskeviin sopimuksiin liittyvien muutoksenhakumenettelyjen soveltamista koskevien lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten yhteensovittamisesta annettu neuvoston direktiivi 89/665/ETY. Laissa on otettu huomioon myös Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen julkisia hankintoja koskeva oikeuskäytäntö.

Hankintalain tavoitteena on tehostaa julkisten varojen käyttöä, edistää laadukkaiden hankintojen tekemistä sekä turvata yritysten ja muiden yhteisöjen tasapuolisia mahdollisuuksia tarjota tavaroita, palveluja ja rakennusurakointia julkisten hankintojen tarjouskilpailuissa. Hankintalaissa hankinnat ja hankintoihin sovellettavat menettelytavat on jaoteltu kolmeen portaaseen hankinnan arvon mukaan. Hankintalakia ei sovelleta kansalliset kynnysarvot alittaviin hankintoihin. Hankintaan sovellettavat säännökset määräytyvät sen mukaan, onko kyseessä kansallinen vai EU-kynnysarvon ylittävä hankinta.

Hankintalakia ei sovelleta palveluhankintoihin, jotka tehdään toiselta hankintayksiköltä sille Euroopan yhteisön perustamissopimuksen mukaisella lailla, asetuksella tai hallinnollisella määräyksellä annetun palvelujen tuottamista koskevan yksinoikeuden perusteella. Hankintalakia koskevan hallituksen esityksen (HE 50/2006 vp) mukaan yksinoikeuden haltijan tulisi säännöksen mukaan olla hankintayksikkö kuten valtion tai kunnan viranomainen, valtion liikelaitos tai julkisoikeudellinen laitos tai tällaisten yhteenliittymä. Siten muille tahoille myönnettyyn yksinoikeuteen perustuva palvelutuotanto ei oikeuttaisi poikkeamaan lain kilpailutamissäännöksistä. Perustuslain 124 §:n mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla lainkohdassa mainituin edellytyksin. Perustuslain 18 §:ssä säädetään elinkeinovaipaudesta, jonka rajoitukseksi yksinoikeus voidaan katsoa. Suomessa palvelujen tuottamista koskeva yksinoikeus voitaneen antaa siten vain lailla tai lain nojalla.

Hankintalakia ei 10 §:n mukaan sovelleta hankintoihin, jotka hankintayksikkö tekee siitä muodollisesti erilliseltä ja päätöksenteon kannalta itsenäiseltä yksiköltä, jos hankintayksikkö yksin tai yhdessä muiden hankintayksiköiden kanssa valvoo yksikköä samalla tavoin kuin se valvoo omia toimipaikkojaan ja jos yksikkö harjoittaa pääosaa toiminnastaan niiden hankintayksiköiden kanssa, joiden määräysvallassa se on. Säännös perustuu Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytäntöön.

Euroopan yhteisöjen tuomioistuin on käsitellyt sidosyksikköhankeja koskevaa ky-

symystä muun muassa tuomioissaan C-107/98 Teckal, C-26/03 Stadt Halle sekä C-84/03 komissio vs. Espanja.

Sidosyksikkösuhteen sisältöä on linjattu Teckal -tuomiossa C-107/98, siten, että yhteisön julkisten hankintojen direktiivin soveltamisalaan kuuluvat rahallista vastiketta vastaan tehdyt kirjalliset sopimukset, joiden kohteena on tavarahankinta, jonka alueellinen tai paikallinen viranomainen aikoo tehdä siitä muodollisesti erillisen ja päätöksenteon kannalta itsenäisen yksikön kanssa, riippumatta siitä, onko tämä yksikkö itse hankinta-viranomainen. Toisin on ainoastaan sellaisissa tilanteissa, joissa viranomainen valvoo kyseistä oikeushenkilöä samoin, kuin se valvoo omia toimipaikkojaan ja, joissa tämä oikeushenkilö harjoittaa pääasiallista toimintaa sen omistavien viranomaisten kanssa. Arvioitaessa hankintayksikön ja sidosyksikön välistä suhdetta, ratkaiseva merkitys on annettava yksiköiden oikeudelliselle erillisyydelle sekä päätöksenteon itsenäisyydelle. Jos hankinnat tehdään muodollisesti erilliseltä yksiköltä, sidossuhdetta on arvioitava hankintayksikön määräys- ja valvontavallan laajuuden sekä sidosyksikön toiminnan kohdistumisen kannalta. Edellytysten täyttyminen on arvioitava tapauskohtaisesti. Muodollisen erillisyyden ja päätöksenteon itsenäisyyden edellytysten tulkinnassa voidaan ottaa huomioon esimerkiksi oikeushenkilöyteen liittyvien tunnusmerkkien täyttyminen. Samaan oikeushenkilöön kuuluvien yksiköiden välisiä toimeksiantoja ei katsota kahden muodollisesti erillisen ja päätöksenteon kannalta itsenäisen oikeushenkilön väliseksi sopimuksiksi, eivätkä ne siten kuuluisi lain soveltamisalaan. Teckal-tuomion mukaan sidosyksikön harjoittaman toiminnan tulee kohdistua pääasiallisesti niihin hankintayksiköihin, joiden omistuksessa sidosyksikkö on. Oikeuskäytännössä on katsottu, että hankinnat ilman kilpailuttamista ovat mahdollisia kun sidosyksikön toiminta kohdistuu pääasiassa sen omistavaan hankintayksikköön.

Korkein hallinto-oikeus on käsitellyt hankintalain soveltamisalaa ja sidosyksikkösuhteen määrittelyä kahdessa päätöksessään. Tapauksessa KHO 30.11.2004 taltio 3048 oli kysymys Hangon kaupungin ja Länsi-Uudenmaan pelastuslaitoksen välisen sai-

raankuljetuspalveluja koskevan sopimuksen kilpailuttamisesta. Pelastuslaitoksen toiminta perustui pelastuslakiin, pelastustoimen alueiden muodostamisesta annettuun lakiin sekä usean kunnan väliseen Länsi-Uudenmaan pelastustoimen yhteistoimintasopimukseen. Mainitut säädökset tai yhteistoimintasopimus eivät kuitenkaan velvoittaneet pelastusalueen kuntia yhteistoimintaan nimenomaan sairaankuljetuspalvelujen järjestämisessä. Sairaankuljetuspalveluja koskevassa yhteistyösopimuksessa ei erikseen sovittu toimielimen perustamisesta tai sairaankuljetuspalvelun hallinnon muusta järjestämisestä. Alueellisen pelastustoimen hallinto rakentui Espoon kaupungin sisäiseen hallintoon. Korkein hallinto-oikeus katsoi Teckal-tuomioon viitaten, että sairaankuljetuspalvelusopimuksen eräistä piirteistä huolimatta, pelastuslaitos oli Hangon kaupungista muodollisesti erillinen ja päätöksenteon kannalta itsenäinen yksikkö, jolta kaupunki osti rahallista vastiketta vastaan palveluja. Sopimuksessa oli siten kysymys hankintalaissa tarkoitettusta hankinnasta.

Ratkaisussa KHO 30.8.2006 taltio 2207 Porvoon kaupunki oli tehnyt alueen kuntien yhteistoimintasopimuksella perustetun, kaupungin itsensä sopimuksen nojalla ylläpitämän alueellisen pelastuslaitoksen kanssa sopimuksen ensihoitopalvelusta. Kunnat ovat tehneet Itä-Uudenmaan alueellisen pelastustoimen yhteistoiminnasta sopimuksen, jolla on sovittu pelastustoimen alueen muodostamisesta. Yhteistoimintasopimuksen mukaan pelastustoimen hallinnosta vastasi Porvoon kaupunki, jonka kaupunginvaltuusto asetti toimikaudekseen alueen aluepelastuslautakunnan, joka toimii kaupunginhallituksen alaisena. KHO katsoi ottaen huomioon Itä-Uudenmaan aluepelastuslaitoksen aseman Porvoon kaupungin alaisuudessa ja valvon- nassa, että kyseessä ei ollut kahden muodollisesti erillisen ja päätöksenteon kannalta itsenäisen yksikön välinen palveluhankinta, vaan Porvoon kaupungin oman organisaation sisällä toteutettu palvelu.

Hankintalain soveltamisala suhteessa hankintayksiköiden väliseen yhteistyöhön on jossain määrin epäselvää. Hankintalain 5 §:ssä olevan määritelmän mukaan hankintasopimuksella tarkoitetaan kirjallista sopimusta, joka on tehty hankintayksikön ja toimitta-

jan välillä ja jonka tarkoituksena on rakennusurakan toteuttaminen, tavaran hankinta tai palvelun suorittaminen taloudellista vastiketta vastaan. Muodollisesti erilliset ja päätöksenteon kannalta itsenäiset yksiköt, joiden välillä ei vallitse hankintalain 10 §:ssä tarkoitettua sidosyksikkösuhdetta eivät voi tehdä hankintoja toisiltaan ilman kilpailuttamista. Siten myös kahden erillisen hankintayksikön väliset hankinnat tulee yleensä kilpailuttaa. Koska hankintalainsäädäntö koskee vain hankintasopimusten tekemistä, muina kuin hankintasopimuksina toteutettavat hankintayksiköiden yhteistyöjärjestelyt eivät ole hankintalain piirissä.

Kuntalaissa (365/1995) on säädetty kuntien yhteistoiminnasta ja kunnallisista liikelaitoksista. Kuntalain 3 §:n mukaan kunnan hallinnossa noudatetaan kuntalakia, jollei lailla toisin säädetä. Sen estämättä, mitä muualla laissa säädetään kuntien yhteistoiminnan muodosta, asianomaisten kuntien perustama kuntayhtymä voi hoitaa lailla kunnalle tai kuntien yhteisesti hoidettaviksi säädettyjä tehtäviä. Samoin voidaan sopia, että tällaisista tehtävistä huolehtii toinen kunta tai toisten kuntien perustama kuntayhtymä.

Kuntalain 76 §:n mukaan kunnat voivat sopimuksen nojalla hoitaa tehtäviään yhdessä. Kunnat voivat sopia, että tehtävä annetaan toisen kunnan hoidettavaksi yhden tai useamman kunnan puolesta taikka että tehtävän hoitaa kuntayhtymä. Kunnat voivat myös sopia, että kunnalle tai sen viranomaiselle laissa säädetty tehtävä, jossa toimivaltaa voidaan siirtää viranhaltijalle, annetaan virkavastuulla toisen kunnan viranhaltijan hoidettavaksi. Kunnan velvollisuudesta kuulua kuntayhtymään jollakin toimialalla ja määrätyllä alueella säädetään erikseen. Lain 77 §:n mukaan kunnan hoitaessa sopimuksen nojalla tehtävää yhden tai useamman kunnan puolesta voidaan sopia, että ensiksi mainitun kunnan siihen toimielimeen, joka huolehtii tehtävästä, valitsevat osan jäsenistä asianomaiset muut kunnat. Jäsenenä toimielimessä voivat olla asianomaisten kuntien vastaavaan toimielimeen vaalikelpoiset henkilöt.

Kuntalain 87 a §:n mukaan kunta tai kuntayhtymä voi perustaa kunnallisen liikelaitoksen liiketoimintaa tai liiketaloudellisten

periaatteiden mukaan hoidettavaa tehtävää varten.

Hankintalakia koskevassa talousvaliokunnan mietinnössä (TaVM 26/2006 vp - HE 50/2006 vp) todetaan, että käytännössä yhteistoimintasopimuksilla tarkoitetaan usein pitkäkestoisia sopimuksia, joissa yksi kunta tuottaa muiden yhteistoimintaan osallistuvien kuntien tarvitsemat, sopimuksessa määriteltyt palvelut. Tavoitteena on sekä tietyn tehtävän hoitaminen että toiminnan kehittäminen yhteisesti. Sopimus kattaa useimmiten tietyn hallinnonalan tai sen osa-alueen tehtävät, esimerkiksi palvelu- tai viranomaisyksikön. Toiminnasta johtuvat todelliset kustannukset jaetaan yhteistoimintasopimuksissa sopijapuolten kesken yhteisvastuullisesti, käytön mukaan tai muulla vastaavalla tavalla ilman taloudellisen hyödyn tai voiton tavoittelua. Hankintalain kannalta olennaiseksi tekijäksi muodostuu muun muassa se, onko toiminta yhteisesti järjestettyä ja julkisoikeudelliseen sopimukseen perustuvaa toimintaa vai palvelujen ostamista yksityisoikeudellisen sopimuksen muodossa. Viranomaistoiminta ei ole hankintaa, eikä laki rajoittaisi esimerkiksi kuntien yhteistyötä järjestettäessä virkavastuulla tapahtuvaa toimintaa. Tähän liittyen säädetään kuntalain 76 §:n 3 momentissa, että kunnat voivat sopia kunnalle tai sen viranomaiselle laissa säädetyn tehtävän antamisesta virkavastuulla toisen kunnan viranhaltijan hoidettavaksi. Viranomaistehtävien lisäksi kunnilla voi olla myös muuta yhteistoimintaa, jota ei ole perinteisesti pidetty hankintana. Erona on pidetty muun muassa sitä, että yhteistoiminnassa sopimuksen sisältöä arvioidaan yhdessä järjestämisen näkökulmasta eikä kaupallisesti. Yhteistoiminnaksi katsottussa yhteistyössä tyypillistä on sopimuksen pitkäkestoisuus, kustannusten keskinäinen jakaminen ja yhteisvastuullisuus palveluista hyötyvien kuntien kesken ilman voiton tavoittelua.

Talousvaliokunnan mietinnön mukaan yhteistoimintana ei sen sijaan voida pitää yksittäistä hankintaa eikä sopimusta, jossa palvelun hinta määräytyy markkinaehtoisesti. Hankinnassa myyjän tavoitteena on kaupallisesti kannattava toiminta. Hankintasopimusten kesto on yleensä lyhyempi ja hinta tarkoin määrätty ja se määräytyy markkinaeh-

toisesti. Kuntien väliset sopimukset voivat olla myös kaupallisia, jolloin ne ovat hankintoja.

Yhteistoimintasopimuksessa toiminnan valvonta voi tapahtua yhteisen toimielimen alaisuudessa tai siten, että palvelun suunnittelu, toteutuksen ja kustannusten seuranta tapahtuu vapaamuotoisempana yhteistoimintana. Kuntalain 77 §:n mukaisesti yhteistyöhön osallistuvat kunnat voivat sopia, että ne valitsevat osan jäsenistä sen isäntäkunnan toimielimeen, joka vastaa tehtävistä. Yhteinen toimielin voi käytännössä olla lautakunta, johtokunta tai toimikunta. Yhteinen toimielin on yhden sopimuskunnan valtuuston tai hallituksen alainen.

Markkinaoikeus antoi 14 tammikuuta 2009 ratkaisut MAO:10/09, MAO:11/09, MAO:12/09, MAO 13/09 ja MAO:14/09, jotka koskivat Järvenpään, Keravan ja Hyvinkään kaupunkien sekä Mäntsälän, Nurmijärven, Tuusulan ja Pornaisten kuntien tekemää sairaankuljetuksen yhteistoimintasopimusta. Ratkaisut eivät ole lainvoimaisia. Jos ratkaisut jäivät pysyviksi, ne muuttavat aikaisempaa Korkeimman hallinto-oikeuden linjaamaa hankintalain tulkintakäytäntöä.

Keski-Uudenmaan pelastuslaitos oli perustettu kuntien välisellä Keski-Uudenmaan alueen pelastustoimen yhteistoimintasopimuksella. Vaikka Keski-Uudenmaan pelastuslaitos oli muodollisesti Vantaan kaupungin liikelaite, se oli perustettu kaikkien sopijakuntien toimesta ja toimi kuntien yhteisen päätöksenteon alaisuudessa. Samat kunnat olivat laatineet yhteistoimintasopimuksen sairaankuljetuksen toteuttamisesta kuntien yhteistoimintana. Sairaankuljetuksen yhteistoimintasopimuksen hallintoa ja täytäntöönpanoa valvoi sopimusehdon mukaisesti kuntien yhteinen toimielin, Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen johtokunta. Markkinaoikeus katsoi, että sopijapuolina olevat kunnat osallistuivat yhteisen toimielimen kautta tosiasiallisesti yhteisesti sairaankuljetusta koskevaan päätöksentekoon, eikä Keski-Uudenmaan pelastuslaitos toiminut itsenäisesti sopimukseen liittyneisiin kuntiin nähden.

Keski-Uudenmaan pelastuslaitos ei toiminut kysymyksessä olevan yhteistoimintasopimuksen tarkoittamalla toimialalla palveluntarjoajana markkinoilla eikä toteuttanut pal-

velua sopimuksen osapuolille markkinahintaista vastiketta vastaan eikä myöskään kantanut taloudellista riskiä siten kuin liiketoiminnalle on tyypillistä. Toiminnalla ei myöskään tavoiteltu taloudellista voittoa, vaan sopijakunnat vastasivat sovituin maksuperustein omakustannehintaan yhteistoiminnan toteuttamisesta. Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen johtokunta, jossa kunnilla on omat edustajansa, vahvistaa sopimuksen perusteella vuosittain kuntien maksuosuudet. Sopimusosapuolina olevat kunnat osallistuvat siten yhdessä kustannusten valvontaan sekä päätöksentekoon maksuosuuksista.

Markkinaoikeus katsoi, että Keski-Uudenmaan pelastuslaitos on sairaankuljetusta koskevassa yhteistoimintasopimuksen mukaisessa toiminnassaan kuntien yhteisen määräysvallan alaisuudessa. Pelastuslaitoksen muodollisen aseman osana Vantaan kaupungin hallintoa ei ole katsottava merkitsevän sitä, että päätöksenteko kysymyksessä olevien palvelujen toteuttamisen osalta ei tapahtuisi yhteistoimintasopimuksessa mukana olevien kuntien yhteisesti hyväksymällä tavalla. Markkinaoikeus katsoi, että käsiteltävässä yhteistoimintasopimuksessa on ollut kysymys kuntien hallinnollisesti yhdessä järjestämästä sairaankuljetuksesta eikä sairaankuljetuspalvelujen ostamisesta.

Euroopan Yhteisöjen tuomioistuin antoi 9 päivänä kesäkuuta 2009 julkisen sektorin toimijoiden yhteistyötä ja kilpailuttamisvelvollisuutta koskevan tuomion (C-480/06), joka merkitsi muutosta aikaisempaan oikeuskäytäntöön. Neljä Ala-Saksin hallinnollista piirikuntaa oli tehnyt Hampurin kaupungin puhtaanapito-osaston kanssa sopimuksen niiden jätteiden huolehtimisesta uudessa rakenteilla olevassa jätteenpolttolaitoksessa.

Tuomioistuin totesi, että yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytännöstä ilmenee, että tarjouskilpailua ei ole pakko järjestää, jos hankintaviranomaisena toimivalla viranomaisella on kyseiseen oikeudellisesti erilliseen yksikköön vastaava määräysvalta kuin omiin yksiköihinsä ja jos tämä yksikkö harjoittaa pääosaa toiminnastaan tämän tai muiden sen omistavien alueellisten tai paikallisten julkisyhteisöjen kanssa. Asiassa oli kuitenkin riidatonta, että kyseiset neljä piirikuntaa eivät käyttä sopimuskumppanissaan sellaista mää-

räysvaltaa, jonka voitaisiin katsoa vastaavan sitä määräysvaltaa, jota ne käyttävät omissa yksiköissään.

On kuitenkin huomattava, että riidanalaisella sopimuksella aloitetaan paikallisten julkisyhteisöjen välinen yhteistyö, jolla varmistetaan niille yhteisen julkisen palvelun tehtävän, eli jätteistä huolehtimisen, suorittaminen. Sopimusta on arvioitava kuntien välisen yhteistyömenettelyn toteuttamisena siihen osallistuvien tahojen välillä ja että siihen sisältyy edellytyksiä, joilla voidaan varmistaa jätteistä huolehtimista koskevan tehtävän hoitaminen. Yhteisöjen tuomioistuin on kuitenkin erityisesti huomauttanut, että viranomaisen voi suorittaa yleisen edun mukaisia tehtäviään omilla voimavaroillaan, ilman että sen tarvitsee turvautua sellaisten ulkoisten yksiköiden apuun, jotka eivät kuulu sen omiin yksiköihin, ja että se voi suorittaa näitä tehtäviä myös yhdessä muiden viranomaisten kanssa.

Komissio on istutuskäsittelyssä täsmentänyt, että jos kyseessä oleva yhteistyö olisi tapahtunut perustamalla julkisoikeudellinen laitos, jolle kyseessä olevat julkisyhteisöt olisivat antaneet hoidettavaksi yleisen edun mukaisen jätteistä huolehtimista koskevan tehtävän, se olisi hyväksynyt sen, että se, että kyseiset piirikunnat käyttävät laitosta, ei kuulu julkisia hankintoja koskevan säännösten soveltamisalaan. Se katsoo kuitenkin, että tällaisen kuntien välisen yhteistyölaitoksen puuttuessa Hampurin kaupungin puhtaanapito-osaston ja kyseisten piirikuntien välillä tehty palveluhankintasopimus olisi pitänyt saattaa tarjouskilpailun kohteeksi.

On kuitenkin huomattava yhtäältä, että yhteisön oikeudessa ei mitenkään edellytetä viranomaisilta tietyn oikeudellisen muodon käyttämistä, kun ne suorittavat yhdessä niiden julkisen palvelun tehtäviä. Toisaalta tällaisella viranomaisten välisellä yhteistyöllä ei saateta kyseenalaiseksi julkisia hankintoja koskevien yhteisön sääntöjen päätavoitetta eli palvelujen vapaata liikkuvuutta ja avaamista vääristymättömälle kilpailulle kaikissa jäsenvaltioissa, koska tämän yhteistyön toteuttamista säätelevät ainoastaan yleisen edun mukaisten päämäärien tavoittelulle ominaiset seikat ja vaatimukset ja koska direktiivissä 92/50 tarkoitettu asianomaisten

yhdenvertaisen kohtelun periaate taataan siten, ettei yhdellekään yksityiselle yritykselle anneta etua sen kilpailijoihin nähden. Yhteisöjen tuomioistuimelle jätettyyn oikeudenkäyntiaineistoon kuuluvasta asiakirjasta ei ilmene, että kyseessä olevat paikalliset julkisyhteisöt olisivat tässä asiassa ryhtyneet järjestelyihin, joilla on tarkoitus kiertää julkisia hankintoja koskevia sääntöjä.

Edellä mainitulla ratkaisullaan EY tuomioistuin muutti aikaisempaa tulkintakäytäntöä siten, että sopimusta voitiin tulkita viranomaisten väliseksi yhteistyöksi vaikka osapuolet eivät yhteistyön toteuttamiseksi perustaneet yhteistä hallinnollista rakennetta. Tuomion perusteella julkisten toimijoiden välisen yhteistyön piiriin kuuluviksi voitaneen tulkita yhteistyö, jossa kaikki yhteistyöhön osallistuvat tahot ovat julkisia yksiköitä ja että yhteistyön tavoitteena on yhdessä varmistaa julkisen tehtävän hoitaminen. Kaikkien yhteistyökumppaneiden ei tarvitse osallistua samalla tavoin tehtävään, vaan yhteistyö voi perustua tehtävien jakamiselle. Edellytyksenä kuitenkin on, että kyseessä ei ole pelkästään palvelun ostoa koskeva sopimus. Yhteistyökumppaneiden välillä voidaan maksaa ainoastaan korvausta palvelun suorittamisesta aiheutuvista kustannuksista etukäteen sovitulla tavalla, eikä toiminta voi perustua taloudellisen voiton tavoitteluun.

Kehitysvammaisten erityishuolto

Kehitysvammaisten erityishuolto kuuluu sosiaalihuollon palveluihin, mutta sillä on läheisiä yhtymäkohtia terveydenhuoltoon sekä palvelujen sisällön että niiden järjestämisestä vastaavien organisaatioiden osalta. Kehitysvammaisten erityishuollosta annetun (519/1977, jäljempänä kehitysvammalaki) mukaisia palveluja ovat muun muassa tutkimus, terveydenhuolto, kuntoutus, toiminnallinen valmennus, henkilökohtaisten apuvälineiden järjestäminen sekä yksilöllinen hoito ja muu huolenpito.

Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämistä varten maa on jaettu 16 erityishuoltopiiriin. Erityishuoltopiirin kunnat ovat jäsenenä erityishuoltopiirin kuntayhtymässä, jonka tulee järjestää kuntien velvollisuudeksi

säädetty erityishuolto. Kunnat voivat myös itse järjestää erityishuoltoa.

Kehitysvammaisten erityishuollon palveluja käyttää noin 27 000 henkilöä. He saavat ensisijaisesti yleisiä kuntien ja sairaanhoitopiirien järjestämiä terveydenhuollon palveluja. Lisäksi erityishuoltopiireillä on terveydenhuollon henkilöstöä ja kuntoutustoimintaa erityisesti kehitysvammaisuuteen liittyvissä kysymyksissä.

Jokaiselle erityishuollon tarpeessa olevalle henkilölle tulee hyväksyä erityishuolto-ohjelma, joka on muutoksenhakukelpoinen hallintopäätös. Puitelain mukaisesti kunnan on kuultava erityishuoltoa ja erikoissairaanhoidon järjestävään kuntayhtymään. Nykyisin neljällä erityishuoltopiirillä on valmiiksi yhteinen hallinto sairaanhoitopiirin kanssa. Lopuissa erityishuollon kuntayhtymissä on selvitetty yhdistymistä sairaanhoitopiirin kanssa tai jatkamista kuntien vapaaehtoisena kuntayhtymänä.

Lastensuojelulaki

Uusi lastensuojelulaki edellyttää laaja-alaista ja suunnitelmallista lasten ja perheiden ongelmia ehkäisevää toimintaa lastensuojelun ohella kunnan muilla toimialoilla, esimerkiksi terveydenhuollossa. Kunnan hallinnonalat ylittävän ehkäisevän työn tarkoituksena on havaita lasten ja perheiden ongelmat nykyistä varhaisemmin ja myös varhaisemmalla tuella ehkäistä yksilökohtaisen lastensuojelun tarvetta.

Ehkäisevää lastensuojelutyötä tehdään lastensuojelun lisäksi myös muiden kunnan palvelujen piirissä, esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolassa, muussa terveydenhuollossa, päivähoidossa, opetuksessa ja nuorisotyössä.

Kunnan edellytetään laativan joko yksin tai yhteistyössä useamman kunnan kanssa suunnitelman lastensuojelun järjestämisestä ja kehittämisestä. Suunnitelman tulee ylittää hallintokuntien rajat ja kattaa laajasti lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä hyvinvointiin liittyvät palvelut. Lastensuojelun suunnitelmasta tulee ilmetä, miten sitä toteutetaan ja seurataan. Suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto. Se on tarkistettava vähintään neljän vuoden välein. Suunnitelma tulee ottaa

huomioon kunnan vuosittaisissa talous- ja toimintasuunnitelmissa.

Lastensuojelulain mukaan sosiaalityöntekijällä tulee olla käytettävissään eri ammattiryhmien asiantuntemusta (14 §) ja erityisesti huostaanoton valmistelussa myös oikeudellista asiantuntemusta (41 §). Laki velvoittaa kunnan perustamaan yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa monialaisen asiantuntijaryhmän lastensuojelutyön tueksi (14 §:n 2 mom.). Asiantuntijaryhmään tulee kuulua muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon, lapsen kasvun ja kehityksen, sekä muita lastensuojelun asiantuntijoita. Asiantuntijaryhmän tehtävänä on muun muassa avustaa lapsen huostaanottoa ja sijaishuoltoa koskevien asioiden valmistelussa ja muussa lastensuojelun toteuttamisessa.

Lasten huomioon ottaminen aikuisille suunnatuissa palveluissa

Lastensuojelulakiin on kirjattu velvoite ottaa lapsi huomioon aikuisille suunnatuissa palveluissa. Kun aikuiselle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, erityisesti päihdehuolto- ja mielenterveyspalveluja, ja kun aikuisen kyvyn täysipainoisesti huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan tällöin heikentyneen, tai kun aikuinen on suorittamassa vapausrangaistustaan, on selvittettävä ja turvattava myös hänen hoidossaan ja kasvatuksessaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve.

Terveydenhuollon ja sosiaalihuollon viranomaisten on tarvittaessa järjestettävä välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten ja syntyvien lasten erityiseksi suojelemiseksi.

Lastensuojelulain 15 §:n mukaan terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin on annettava lapsi- ja perhekohtaisessa lastensuojelussa asiantuntija-apua ja tarvittaessa järjestettävä lapsen tutkimus sekä hoito- ja terapiapalveluja lapselle. Lasten tarvitsemat seksuaalisen hyväksikäytön tai pahoinpitelyn epäilyn selvittämiseen liittyvät palvelut on järjestettävä kiireellisinä.

Sosiaalityöntekijän tulee lastensuojelulain mukaan (27 §) tehdä selvitys lapsen lastensuojelun tarpeesta. Selvityksessä arvioidaan lapsen kasvuolosuhteita, huoltajien tai muiden lapsen hoidosta ja kasvatuksesta tällöin

vastaavien henkilöiden mahdollisuuksia huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta sekä lastensuojelutoimenpiteiden tarvetta. Hallinto-oikeus voi antaa luvan lasta koskevaan lääkärin tai muun asiantuntijan suorittamaan tutkimukseen, jos tutkimus on lastensuojelun tarpeen selvittämiseksi välttämätön, mutta huoltaja kieltää tutkimuksen tekemisen (28§).

Lastensuojelutarpeen selvitys on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä ja sen on valmis-tuttava viimeistään kolmen kuukauden kulu-essa lastensuojeluasian vireille tulosta. Siten myös mahdolliset lääkärin tai muun asiantun-tijan suorittamat tutkimukset tulee pystyä te-kemään mainitun kolmen kuukauden määrä-ajan puitteissa.

Lastensuojelun asiakkaana olevalle lapselle on tehtävä asiakassuunnitelma (30§), jollei asiakkuus pääty lastensuojelutarpeen selvi-tyksen jälkeen tai kysymyksessä ole tilapäi-nen neuvonta ja ohjaus. Asiakassuunnitel-maan kirjataan ne olosuhteet ja asiat, joihin pyritään vaikuttamaan, lapsen ja hänen per-heensä tuen tarve, palvelut ja muut tukitoi-met, joilla tuen tarpeeseen pyritään vastaa-maan, sekä arvioitu aika, jonka kuluessa ta-voitteet pyritään toteuttamaan.

Huostaan otettua lasta koskevaan asiakas-suunnitelmaan kirjataan lisäksi sijaishuollon tarkoitus ja tavoitteet, erityisen tuen ja avun järjestäminen lapselle, hänen vanhemmilleen, huoltajilleen tai muille lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaaville henkilöille. Huos-taan otetun lapsen vanhemmille on laadittava vanhemmuuden tukemiseksi erillinen asia-kassuunnitelma, jollei sen laatimista ole pi-dettävä tarpeettomana. Suunnitelma laaditaan tarvittaessa yhteistyössä muun sosiaali- ja terveydenhuollon kuten päihdehuollon ja mielenterveystyön kanssa.

Lastensuojelulaissa on lisäksi säädetty lap-sen terveydentilan tutkimisesta sijaishuoltoon sijoittamisen yhteydessä (51§), lääkärintar-kastuksesta ennen eristämistä (70§) sekä eri-tyisen huolenpidon järjestämisen yhteydessä (72-73§).

Kansanterveyslain 14 b §:ään ja erikoissai-raanhoitolain 30 a §:ään lisättiin lastensuoje-lulain säätämisen yhteydessä säännökset kunnan velvollisuudesta järjestää palveluja sijoittajakunnan kustannuksella lapselle, joka

on sijoitettuna lastensuojelulain mukaan avo-huollon tukitoimenä tai sijaishuoltoon taikka joka on jälkihuollossa.

Kasvatus- ja perheneuvonta

Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan kunnan tulee huolehtia siitä, että kunnassa osana sosiaalipalveluja järjestetään kasvatus- ja perheneuvontaa (jäljempänä myös perhe-neuvonta). Kasvatus- ja perheneuvonnalla tarkoitetaan asiantuntija-avun antamista kas-vatus- ja perheasioissa sekä lapsen myönteis-tä kehitystä edistävää sosiaalista, psykologis-ta ja lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa. Sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) mukaan kasvatus- ja perheneuvonnan tehtävänä on tukea ja edistää lasten ja nuorten myönteistä kehitystä järjestämällä ohjausta, neuvontaa ja muuta asiantuntija-apua ihmissuhteisiin, per-he-elämään ja lasten kasvatukseen liittyvissä kysymyksissä sekä tutkimusta ja hoitoa las-ten kasvatukseen ja perhe-elämään liittyvissä ongelmissa.

Kasvatus- ja perheneuvonnalla on liittymiä lastensuojelulakiin ja mielenterveyslakiin. Useat perheneuvolat tarjoavat myös perhe- ja yksilökohtaiseen lastensuojeluun ja psykiat-riaan liittyviä palveluja. Myös perheneuvon-nalla ja mielenterveystyöllä on yhtymäkoh-tia. Esimerkiksi yksilö- ja perheterapiaa voi-daan antaa molemmissa yksiköissä. Perhe-neuvonta on kuitenkin tarkoitettu kaikille kasvatus- tai perhekriiseissä tukea tarvitsevil-le perheille, erityisesti lapsiperheille, riippu-matta siitä, onko perheen jäsenillä mielenter-veysongelmia vai ei.

2.2 Kansainvälinen kehitys sekä ulko-maiden ja EU:n lainsäädäntö

2.2.1 Ruotsi

Ruotsin terveyden- ja sairaanhoidon järjes-tämisvastuu on jaettu valtion, maakäräjien (landsting) ja kuntien kesken. Julkisen ter-veydenhuollon rahoitus on pääasiassa järjes-tetty verovaroin, minkä lisäksi kerätään asia-kasmaksuja. Valtio on vastuussa yleisestä terveyden- ja sairaanhoitopolitiikasta, ter-veyden- ja sairaanhoidon yleisestä ohjaukses-ta ja lainsäädännön valmistelusta. Ruotsin

kuntajärjestelmä koostuu maakäräjistä ja kunnista, joista molemmilla on verotusoikeus. Laissa terveyden- ja sairaanhoidosta (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763) säädelään maakäräjien ja kuntien vastuista terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä. Laki velvoittaa laadultaan hyvän terveyden- ja sairaanhoidon järjestämiseen, mutta maakäräjät ja kunnat päättävät itsenäisesti järjestettävien palvelujen tasosta ja järjestämistavasta.

Ruotsin 21 maakäräjää vastaavat suurta maantieteellistä aluetta ja merkittäviä resursseja vaativista tehtävistä. Vastuu sairaaloista ja suurimmasta osasta perusterveydenhuoltoa on maakäräjillä. Maakäräjät vastaavat hoidon järjestämisestä siten, että kaikilla on mahdollisuus hyvään hoitoon. Palvelujen tuottamisessa voidaan käyttää ostopalveluja. Maa on jaettu kuuteen terveys- ja sairaanhoitoalueeseen, joiden tehtävänä on helpottaa yhteistyötä korkeaa erikoistumista vaativan erikoissairanhoidon järjestämisessä.

Terveyden edistäminen

Ruotsin terveyden- ja sairaanhoidolaissa säädetään terveyden- ja sairaanhoidon tavoitteeksi hyvä terveys ja yhtäläiset mahdollisuudet hoitoon koko väestölle. Terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan toimenpiteitä, joilla lääketieteellisesti ehkäistään, tutkitaan ja hoidetaan sairauksia ja vammoja. Terveyden- ja sairaanhoidon tulee pyrkiä ehkäisemään huonoa terveyttä ja tässä tarkoituksessa tarjota, silloin kun se on tarkoituksenmukaista, palvelujen käyttäjille tietoa sairauksien ja vammojen ehkäisyn menetelmistä. Maakäräjien velvollisuutena on tarjota hyvät terveyden- ja sairaanhoitopalvelut alueellaan asuville sekä myös yleisemmin edistää koko väestön hyvää terveyttä. Terveyttä edistävien palvelujen järjestämistapa on maakäräjien päätettävissä. Väestön ehkäisevät palvelut järjestetään käytännössä useimmiten terveyskeskuksissa.

Ruotsin kansanterveyslaitoksesta (statens folkhälsoinstitut) annetussa asetuksessa laitoksen tehtäväksi on säädetty edistää terveyttä, ehkäistä sairauksia ja vammoja, sekä erityisesti painottaa toimenpiteitä suurimmille terveysriskeille altistuneisiin ryhmiin. Ruotsin koululaissa on säädetty kouluterveyden-

huollosta, sen tehtävistä ja sisällöstä varsin yksityiskohtaisesti.

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on maakäräjillä. Perusterveydenhuoltoa järjestetään terveyskeskuksissa, joita on Ruotsissa yli 1000. Perusterveydenhuolto kattaa avohuoltona annettavan lääketieteellisen hoidon, ennaltaehkäisyn ja kuntoutuksen. Maakäräjien tulee järjestää perusterveydenhuolto siten, että asukkaat pääsevät lääkärin vastaanotolle ja voivat valita lääkärinsä. Perusterveydenhuollon lääkärillä tulee lain mukaan olla yleislääketieteen erikoislääkärin pätevyys, mutta yleislääketieteen erikoislääkäreiden vähäisen määrän vuoksi tämä ei ole toteutunut käytännössä. Perusterveydenhuollossa työskentelee useita ammattiryhmiä, esimerkiksi lääkäreitä, sairaanhoitajia, lastenhoitajia, lääkintävoimistelijointa, toimintaterapeutteja ja kuraattoreita.

Vastuu ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisestä on maakäräjillä. Maakäräjät voivat järjestää toiminnan itse taikka sopia palvelun tuottamisesta kunnan pelastuslaitoksen taikka yksityisen yrittäjän kanssa. Erityisesti suurissa kaupungeissa toiminnan hoitavat yksityiset yrittäjät. Maakäräjät päättävät alueella noudatettavasta palvelutasosta ja tarvittaessa vahvistavat aikataavoitteet potilaan tavoittamiselle. Suurin osa maakäräjistä on tehnyt sopimuksen ensivastetehtävien hoidosta kunnallisen pelastuslaitoksen kanssa.

Erikoissairaanhoito

Erikoissairanhoidon järjestämisvastuu on maakäräjillä. Erikoissairaanhoitoa annetaan lääninsairaaloissa ja aluesairaaloissa. Ruotsissa on kahdeksan aluesairaala ja 70 lääninsairaala. Lääninsairaalat antavat erikoissairaanhoitoa sekä avohoitona että laitoshoitona. Aluetason sairaaloissa hoidetaan harvinaisia ja vaikeita sairauksia ja vammoja. Aluesairaalat ovat usein yliopistosairaloita, joissa on myös tutkimusta ja opetusta. Jos maakäräjäkunnalla ei ole omaa aluesairaala, maakäräjäkunta voi tehdä sopimuksen toisen maakäräjäkunnan kanssa hoidon antamisesta asukkaille. Ruotsin sosiaalivaltion (So-

cialstyrelsen) alaisuuteen on perustettu lautakunta käsittelemään vaativien hoitojen valtakunnallista keskittämistä.

Mielenterveyshäiriöiden hoidon järjestäminen

Mielenterveyshäiriöiden hoidon järjestäminen Ruotsissa on tehty kansallinen strategia (”Ambition och Ansvar: Nationell strategi av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder, Socialstyrelsen 2007). Siinä tuodaan esille hoitojärjestelmän pirstaleisuus, hoitomenetelmien epätasaisuus, palvelujen epätasainen saatavuus ja kehittämisohdotukset.

Sosiaalihuolto

Ruotsin noin 290 kuntaa vastaavat sosiaalihuollon järjestämisestä ja rahoituksesta. Kuntien tehtävänä on järjestää vanhusten ja vammaisten hoito, sairaalasta kotiutuvien tarvitsema hoito ja tuki, kotipalvelut, mielen-terveyskuntoutujien asumis- ja muut palvelut sekä lasten päivähoito. Kunnat myös ylläpitävät julkisia hoitokoteja.

Kunnat vastaavat niiden vanhusten ja vammaisten, jotka asuvat muualla kuin omassa kodissaan (särksild boende), terveyden- ja sairaanhoidosta. Noin puolet Ruotsin kunnista on tehnyt maakäräjien kanssa sopimuksen siitä, että vastuu myös kotona asuvien vanhusten ja vammaisten hoidosta on kunnalla. Maakärjäkunta vastaa kuitenkin aina lääkärin antamasta hoidosta.

Kuntoutus

Maakäräjät ja terveydenhuoltojärjestelmä vastaavat lääketieteellisestä kuntoutuksesta. Kuntien sosiaalihuolto hoitaa sosiaalista kuntoutusta ja primäärikuntoutus työpaikoilla on työnantajien vastuulla. Työvoimahallinto vastaa laajemmasta työmarkkinakuntoutuksesta.

Suun terveydenhuolto

Maakäräjillä on vastuu julkisen suun terveydenhuollon järjestämisestä väestölle, josta säädetään tarkemmin hammashuollosta annetussa laissa (Tandvårdslag 1985:125).

Hammashuollon palveluja tuottavat sekä julkinen sektori (folktandvård) että yksityiset palveluntuottajat. Julkinen sektori tuottaa pääosan lasten ja nuorten hammashuollosta. Yksityinen sektori vastaa suurimmasta osasta aikuisten hammashuollon palvelujen tuotantoa.

Lasten ja alle 20 -vuotiaiden nuorten suun terveydenhuolto on maksutonta. Aikuisten suun terveydenhuollon kustannuksia tuetaan sairausvakuutuksella. Korvaus koskee sekä julkisen sektorin tuottamia palveluja että Vakuutuskassan (Försäkringskassa) hyväksymän yksityisen palvelun tarjoajan tuottamia palveluja. Yli 65 -vuotiaat henkilöt ovat oikeutettuja kalliiden kustannusten erityiskorvaukseen tietyistä toimenpiteistä.

Ruotsissa toteutettiin heinäkuun alusta 2008 aikuisväestön hammashoitouudistus. Uudistus sisältää kaksi tukimuotoa hammashoittoon. Toinen on kaikille aikuisille kohdennettava ja joka toinen vuosi maksettava hammashoidon tuki palvelusetelityyppisesti. Kaikille maksettavan tuen arvo on 300 kruunua, joka määrä on kaksinkertainen 20-29-vuotiaille ja 75 vuotta täyttäneille. Toinen tuki pitää sisällään korkeakustannussuojan. Kustannussuoja hammashoittoon jakautuu siten, että 3000 kruunuun asti potilas maksaa hammashoidon kustannukset itse. Jos kustannukset ylittävät 3000 kruunua mutta ovat alle 15 000 kruunua potilas maksaa kustannuksista 50 prosenttia. Kustannusten ylittäessä 15 000 kruunua potilas maksaa kustannuksista 15 prosenttia. Uudistus kaksinkertaisti valtiolle koituvat hammashoidon kustannukset kolmesta miljardista kruunusta 6 miljardiin kruunuun.

Työterveyshuolto

Ruotsissa ei ole työterveyshuollon järjestämiseen velvoittavaa lakia. Työterveyshuolto kohdistuu lähes yksinomaan työympäristö-, ergonomia-, ennaltaehkäisy- ja neuvonta-tehtäviin. Työkyvyn arviointi ja sairauslomien kirjoittaminen on pääasiassa terveyskeskuslääkärin tehtävänä. Syksyllä 2007 julkaistiin työterveyshuoltoa selvittävä raportti (Ny företagshälsövård – ny kunskapsförsörjning SOU 2007:91), jossa on myös useita viittauksia Suomen työterveyshuollon toi-

mintaan. Raportin mukaan työterveyshuolto tulisi olla valtion, maakäräjien ja työnantajien vastuulla ja sen päätehtävä on terveyshaittojen ja kuormituksen ehkäisy. Ruotsin hallitus on varannut 380 miljoonaa euroa vuosiksi 2008–2010 muun muassa työterveyshuollon kehittämistä varten.

Asiakasmaksut

Terveydenhuollon maksut ovat kaikille yhtenäiset, tuloista riippumattomat ja tasoltaan melko alhaiset. Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kustannuksista on noin 15 prosenttia. Maakäräjillä on oikeus lainsäädännön asettamissa rajoissa päättää maksuista, minkä vuoksi maksut vaihtelevat jonkin verran alueellisesti. Valtakunnallinen avoterveydenhuollon maksukatto on noin 97 euroa vuodessa. Valtakunnallinen reseptilääkkeiden maksukatto on noin 193 euroa vuodessa ja sairaalahoidon enimmäiskustannus on noin 8,6 euroa hoitopäivältä. Lisäksi Ruotsissa on käytössä useita alueellisia maksukattoja.

Yksityiset palvelut

Julkisten terveyskeskusten, -asemien ja sairaaloiden lisäksi palveluja tarjoavat myös erityyppiset yksityiset organisaatiot. Suurin osa yksityisistä palvelujen tuottajista tuottaa palveluja julkiselle sektorille sopimuksen perusteella. Lääkärit eivät pääsääntöisesti voi työskennellä samanaikaisesti julkisen ja yksityisen sektorin palveluksessa. Yksityissektorille palveluja tuottavien yrittäjien osuus palvelujen järjestämisestä on pieni ja yksityinen palvelutuotanto keskittyy suurimpiin kaupunkeihin.

Maakäräjien ostot yksityisiltä yrityksiltä sekä yleishyödyllisiltä yhdistyksiltä ja säätiöiltä terveyden- ja sairaanhoidossa olivat vuonna 2005 14,7 (1,58€) miljardia kruunua, mikä vastasi lähes kymmentä prosenttia maakäräjien terveyden- ja sairaanhoidon kustannuksista lukuun ottamatta hammashuoltoa. Ostopalvelujen käyttö vaihtelee suuresti eri maakäräjäkunnissa. Osa maakäräjäkunnista on siirtänyt suuren osan perusterveydenhuollon tehtävistä, monissa tapauksissa kokonaaisia julkisia terveyskeskuksia, yksityisen toimijan vastuulle.

Yksityistä sairaalatoimintaa koskevia rajoituksia on purettu heinäkuusta 2007 alkaen. Maakäräjäkunta voi siirtää sairaalan toiminnan yrityksen hoidettavaksi. Hoitoa voidaan rahoittaa myös muulla tavoin kuin julkisella rahoituksella tai asiakasmaksuilla.

Kuntien järjestämässä vanhustenhuollossa markkinaperusteiset toimintamallit, kuten esimerkiksi erilaiset tilaaja-tuottajamallit, ovat lisääntyneet 1990-luvulta lähtien merkittävästi. Vastuu palvelujen saatavuudesta ja määrästä on säilynyt edelleen kunnilla, mutta tuottamisvastuuta on siirretty sopimuksin yksityisille organisaatioille.

Potilaan valinnanvapaus

Perusterveydenhuollossa potilaalla on oikeus valita lääkäriinsä myös oman maakäräjäkuntansa ulkopuolelta. Valinnanvapaus helpottaa erityisesti toisen maakäräjäkunnan alueella tilapäisesti oleskelevien henkilöiden hakeutumista hoitoon. Valinnanvapautta laajennettiin vuonna 2003, jonka jälkeen potilas on voinut hakeutua hoitoon koko valtakunnan alueella samoin ehdoin kuin kotimaakäräjäkunnassaan. Jos kotimaakäräjäkunta on tehnyt päätöksen tietyn hoidon antamisesta potilaalle, potilas voi itse valita hoitoa antavan sairaalan. Tässä tapauksessa potilas vastaa itse toisessa maakäräjäkunnassa annettavasta hoidosta syntyvistä lisäkustannuksista, esimerkiksi matkakustannuksista. Vapaa valinnanmahdollisuus ei koske yliopistosairaoissa annettavaa hoitoa.

Vuonna 2008 Ruotsissa julkaistiin hallituksen selvitys potilaan oikeuksista ja valinnan vapaudesta (Vårdval i Sverige, SOU 2008:37). Selvityksen jälkeen tehtiin muutoksia terveydenhuoltolakiin (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 5 §) sekä säädettiin uusi potilaan valinnanvapautta koskeva laki (Lagen om valfrihetssystem, 2008:962, prop 2008/09:74, Vårdval i primärvården). Valintaoikeus oli tarkoitus olla mahdollinen kaikkialla maassa vuoden 2010 alusta alkaen. Uudistus ei ole kuitenkaan toteutunut aikataulussa koko maan osalta. Lainsäädäntöuudistusten jälkeen maakäräjillä on edelleen vastuu perusterveydenhuollon järjestämisestä. Asukas voi valita oman kiinteän lääkärikontaktin maakäräjäalueelta. Maakäräjillä on

velvollisuus luoda järjestelmä sellaiseksi, että kaikkia palvelun tuottajia kohdellaan samanarvoisesti. Tehdyt muutokset nähtiin vaihtoehdoksi kilpailuttamiselle. Uudistusten pää tavoitteet olivat potilaan valinnanvapauden ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen sekä helpottaa erilaisten tuottajien toimimista osana julkisesti rahoitettua perusterveydenhuoltoa. Lisäksi tavoitteena olivat palvelujen saatavuuden ja laadun parantaminen sekä EU-lainsäädännön huomioon ottaminen. Potilas voi valita yksityisen ja julkisen palveluntuottajan välillä vakituisen lääkärin ja maakäräjien korvaus seuraa potilaan mukana. Korvausperusteet vaihtelevat maakäräjittäin. Läh- tökohta on se, että potilas tekee aktiivisen valinnan palvelujen tuottajasta listautumalla. Mikäli hän ei tee näin, hänelle osoitetaan tuottaja (icke-valsalternativ).

Maakäräjillä on velvollisuus informoida väestöä valintavaihtoehtoista.

Hoitoon pääsy

Terveyden- ja sairaanhoitolain mukaan asiakkaalle tulee antaa hänen sitä pyydettyään mahdollisimman pian arvio hänen terveydentilastaan. Potilaalla on oikeus saada toisen lääkärin arvio terveydentilastaan, silloin kun tieteellinen ja kliiniseen kokemukseen perustuva tieto eivät anna yksiselitteistä vastausta ja hoitoratkaisu voi sisältää potilaalle erityisiä riskejä tai sillä on suuri merkitys potilaan tulevan elämänlaadun kannalta. Oikeus on rajoitettu koskemaan ainoastaan potilaita, joilla on hengenvaarallinen tai erittäin vakava sairaus tai vamma. Potilaalle on tarjottava uuden arvion osoittama hoito.

Potilas voi hakeutua hoitoon joko terveyskeskukseen taikka sairaalan avohoitoyksikköön. Potilaita pyritään ohjaamaan ensisijaisesti terveyskeskukseen määrittelemällä terveyskeskuksen asiakasmaksut sairaalan avohoitoyksikköjen maksuja alemmiksi. Julkisen sektorin erikoissairaanhoidon palveluihin pääsee vain sairaalan avohoitoyksikön lähet- teellä. Maakäräjät voivat päättää erikoissai- raanhoidon ja erikoislääkäreiden palvelujen piiriin lähettämisen käytännöistä alueellaan.

Vuonna 2005 tuli voimaan hoitotakuu, joka perustuu sopimukseen valtion ja Ruotsin kuntaliiton (Sveriges Kommuner och Lands-

ting) välillä. Sen mukaan potilaan tulee saada puhelimitse tai paikan päällä yhteys perus- terveydenhuoltoon samana päivänä, aika yleislääkärille seitsämän päivän kuluessa, aika erikoissairaanhoitoon 90 päivässä lähet- teen saamisesta ja erikoissairaanhoidossa hoito on annettava 90 päivän kuluessa hoito- päätöksen tekemisestä. Jos maakäräjät ei pys- ty tarjoamaan hoitoa aikarajojen puitteissa, sen on osoitettava potilaalle hoitopaikka muualla ilman, että potilaalle koituu siitä li- säkustannuksia. Kaikki maakäräjät eivät ole pystyneet toteuttamaan hoitotakuuta ja hoi- toon pääsyssä on ollut suuria maakäräjäkun- tien välisiä eroja. Ruotsin hallitus varasi mil- jardi kruunua käytettäväksi vuonna 2010 hoi- totakuun toimivuuden parantamiseksi.

Uudistushankkeet

Vuonna 2003 Ruotsissa asetettiin parla- mentaarinen komitea (Ansvarskommitté) sel- vittämään valtion, maakäräjien ja kuntien mahdollisuuksia selviytyä hyvinvointipalve- lujen järjestämisestä tulevaisuudessa. Komitean tuli tarpeen mukaan tehdä esityksiä hal- lintorakenteen ja tehtävänjaon muutoksista. Komitea jätti loppumietintönsä hallitukselle helmikuussa 2007 (SOU 2007:10). Komitea esitti, että Ruotsiin perustettaisiin 6-9 alue- kuntaa (regionkommuner), jotka korvaisivat nykyiset maakäräjät. Samanaikaisesti perus- tettaisiin uusi valtiollinen organisaatio: 6-9 läänä, joiden alueet olisivat yhteneväiset aluekuntien kanssa. Joulukuussa 2009 halli- tus antoi eduskunnalle esityksen, terveyden- ja sairaanhoidosta annetun lain ja ammatti- henkilöitä koskevan lain muuttamiseksi, jolla on tarkoitus vahvistaa potilaan asemaa. Esi- tyksessä ehdotetaan hoitotakuujärjestelmästä säädettäväksi lailla ja potilaan oikeutta saada toisen lääkärin arvio ehdotetaan laajennetta- vaksi koskemaan kaikkia potilaita. Velvolli- suutta antaa potilaalle yksilöllistä neuvontaa muun muassa valinnanvapaudesta ja hoitota- kuusta ehdotetaan täsmennettäväksi. Jos hal- lituksen esitys hyväksytään, muutosten on tarkoitus tulla voimaan heinäkuun alusta 2010.

Rahoitus

Terveydenhuollon kokonaismenot. Ruotsissa vuonna 2007 olivat 9,1 prosenttia suhteessa BKT:hen. Terveydenhuollon menot asukasta kohden olivat ostovoimakorjattuna 3323 USD (PPP). Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista oli 81,7 prosenttia ja kotitalouksien osuus 15,9 prosenttia. Terveydenhuollon kustannuksista vuonna 2005 kohdistui perusterveydenhuoltoon 16 prosenttia, somaattiseen erikoissairaanhoidon 52 prosenttia, psykiatriseen erikoissairaanhoidon yhdeksän prosenttia, suun terveydenhuoltoon kolme prosenttia, lääkekustannuksiin 11 prosenttia ja muuhun terveyden- ja sairaanhoitoon yhdeksän prosenttia.

2.2.2 Tanska

Tanskassa toteutettiin julkisen sektorin rakenneuudistus vuoden 2007 alusta. Rakenneuudistus muutti kunta- ja aluejaotuksen lisäksi kunnan ja valtion välisiä suhteita, verotusjärjestelmää, palvelutuotannon ohjausta sekä valtion paikallis- ja aluehallinnon rakenteita ja toimintatapoja. Uudistuksen toteuttaminen perustui poliittiseen sopimukseen. Uudistuksesta ei säädetty erillistä lakia, vaan uudistus toteutettiin muuttamalla erityislainsäädäntöä poliittisen sopimuksen mukaisesti. Yhteensä uudistuksen toteuttaminen edellytti 50 lain muutosta.

Valtion vastuulla on koordinoita pitkälle erikoistuneita palveluja, koota erikoisalvoja yhteen ja turvata palvelujen tasainen hyvä laatu. Valtion tehtävänä on terveydenhuollon erityissuunnittelu, erityistason palvelut esimerkiksi vammaisille, toisen asteen koulutus ja ammattikorkeakoulujen ylläpito, veroarvioiden laadinta sekä yhteiskunnallisesti merkittävät kaavoitus-, ympäristö- ja luonnon-suojelutehtävät.

Rakenneuudistuksella aikaisempien 15 maakunnan tilalle perustettiin viisi aluetta, joiden päätehtävänä on terveydenhuollon järjestäminen, aluekehityksestä vastaaminen ja sosiaalihuollon laitoshoidon järjestäminen. Uudistuksen jälkeen Tanskassa on 98 kuntaa aikaisemman 271 kunnan sijasta. Kunnat saivat uudistuksessa lisää tehtäviä ja vastuuta. Kunnat vastaavat muun muassa sosiaalipal-

veluista, vanhustenhuollosta, kansanterveys-työstä, johon sisältyy terveyden edistäminen, ehkäisevät palvelut ja terveydensuojelu. Uudistuksessa rahoituksen pääperiaatteena oli, että rahoitus siirtyy tehtävien mukana. Kunnilla ja valtiolla on verotusoikeus, mutta ei alueilla. Alueiden terveydenhuoltokulut kateetaan valtiollisesta määrärahasta ja valtiollisesta toimintarahastosta, joiden lisäksi kunnat myöntävät osarahoitusta. Terveydenhoidon rahoituksesta kunnat rahoittavat 20 prosenttia.

Tanskan uusi terveydenhuoltolaki (Sundhedsloven, lov nr. 546, 24.6.2005) tuli voimaan vuoden 2007 alussa. Laissa säädetään muun muassa terveys- ja sairaanhoitopalvelujen järjestämisestä, potilaan oikeuksista ja hoitoon pääsyn määräaajoista.

Terveyden edistäminen

Terveydenhuoltolain mukaan kunnilla on päävastuu terveyden edistämisestä ja ehkäisevästä terveydenhuollosta. Lisäksi laissa on erityissäännökset lapsiin ja nuoriin kohdistuvasta ehkäisevästä terveydenhuollosta. Kunnat järjestävät yleisiä terveyttä edistäviä ja ehkäiseviä terveyspalveluja, kaikille lapsille tarkoitettuja yksilöllisiä palveluja sekä erityisen tuen tarpeessa oleville lapsille erityispalveluja. Kouluikäisille lapsille järjestetään terveysneuvontaa, tukea ja terveystarkastuksia. Ennaltaehkäisevän hoidon ja terveyden edistämisen tulee tapahtua lähiyhteisössä, kuten päiväkodeissa, kouluissa tai vanhusten laitoksissa. Vaikka ehkäisevät palvelut ovat olleet Tanskassa jo pitkään kuntien tehtävänä, terveyden edistäminen siirtyi maakunnilta kuntien tehtäväksi vasta vuoden 2007 alusta.

Terveyshallitus (Sundhedsstyrelsen) ja siellä sijaitseva Terveyden edistämisen keskus hallinnoi ehkäisevää toimintaa ja terveyden edistämistä valtakunnallisesti. Paikallisen tason ehkäisevää toimintaa ja terveyden edistämistä rahoitetaan osittain valtakunnallisesti, muun muassa tukemalla paikallisia hankkeita ja kokeiluja.

Alueiden tulee valmistella vaalikausittain yhdessä kuntien kanssa alueelliset terveys-suunnitelmat, jotka sisältävät katsauksen väestön terveydentilan kehityksestä sekä suunnitelman palvelujen järjestämisestä, tervey-

den edistäminen mukaan luettuna. Suunnitelmat kattavat sekä alueiden, perhelääkäreiden että kuntien toiminnan ja ne lähetetään Sundhetstyrelsenin hyväksyttäväksi.

Perusterveydenhuolto

Kunnilla on vastuu sairaaloiden ulkopuolella järjestettävästä kuntoutuksesta, päihdehuollosta, kotisairaanhoidosta, vanhustenhuollosta, vammaispalveluista, päihdepalveluista ja hammashuollosta.

Alueet vastaavat sairausvakuutusjärjestelmään kuuluvista yleis- ja erikoislääkäripalveluista. Perusterveydenhuollon yleislääkärit ovat itsenäisiä ammatinharjoittajia, joilla on sopimus alueen kanssa. Tanskan perhelääkärijärjestelmässä potilailla on mahdollisuus valita yleislääkäriinsä ja rekisteröityä valitseman yleislääkäriin potilaaksi. Julkinen valta sääntelee lääkäreiden lukumäärää. Yleislääkäri toimii portinvartijana ja lähettää potilaan tarvittaessa erikoissairaanhoidon palveluihin tai erikoislääkäriille.

Erikoissairaanhoito

Tanskassa alueet vastaavat sairaalapalveluista, erikoissairaanhoidosta ja kliinisestä psykiatriasta. Alueiden perustamisella tavoiteltiin hoidon laadun parantamista kokoamalla hoidot lähemmäksi toisiaan, hyödyntämällä erikoistumisen etuja ja turvaamalla tehokain mahdollinen resurssien käyttö. Alueet toimivat tilaajaorganisaatioina ja julkisten sairaaloiden osalta samalla tuottajina. Lisäksi alueet ovat tehneet sopimuksia yksityisten ja ulkomaisten sairaaloiden kanssa palvelujen tuottamisesta.

Alueet vastaavat myös ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisestä. Palveluja voivat tuottaa yksityiset tai julkiset palvelujen tuottajat.

Alueiden ja kuntien tulee erityisissä terveydenhuollon koordinoitavaliokunnissa varmistaa, että hoidot, kuntoutus ja ennaltaehkäisy kytkeytyvät toisiinsa. Niiden tulee sopia toimintatavoista kotiutettaessa heikkoja iäkkäitä potilaita sairaalasta sekä laatia ennaltaehkäisyä ja kuntoutuspalveluja koskevia sopimuksia.

Mielenterveystyö

Psykiatrian palvelujärjestelmän rahoitus ja organisaatio uudistettiin vuoden 2007 alusta voimaan tulleen terveydenhuoltouudistuksen yhteydessä. Psykiatrisen avohoidon kehitys käynnistettiin aluepsykiatria -mallin pohjalta ja psykiatrisen hoidon järjestämisvastuu siirrettiin viidelle alueelle. Rahoituksesta 80 prosenttia tulee valtiolta, 10 prosenttia kunnilta ja 10 prosenttia hoitomaksuista. Terveystyöllä on keskeinen rooli psykiatrian keskitetyssä ohjaamisessa muun muassa siltä osin, mitä palveluja hyväksytään toteutettavaksi milläkin keskityksen tasolla. Tällä tavoin on voitu kehittää hyvin erikoistuneita yksiköitä. Laadunvarmennuksen parantamiseksi maassa pidetään kansallista rekisteriä.

Sosiaalihuolto

Vuoden 2007 alusta kunnat vastaavat kaikkien sosiaalihuollon avopalvelujen rahoituksesta, ylläpidosta ja viranomais toimista tarkoituksena sekä turvata selkeä vastuunjako että varmistaa sosiaalisten vastuiden ratkaiseminen lähellä kansalaisia. Pääperiaatteena on, että kunnat itse päättävät minkälaisia sosiaalipalveluja ne asukkailleen tarjoavat.

Alueet vastaavat sosiaalihuollon laitoshoidosta, ellei vastuun siirtämisestä kunnalle ole erikseen sovittu. Kunnat voivat sopia siitä, että ne ottavat hoitaakseen alueen järjestämisvastuulla olevia tehtäviä. Sosiaalisista ongelmista kärsiville lapsille ja nuorille tarkoitettujen sosiaalihuollon laitokset ovat kuitenkin lähtökohtaisesti sijaintikunnan vastuulla.

Kuntien mahdollisuuksia perustaa palvelukeskuksia on edistetty, jotta kuntalaisilla olisi yksi ainoa paikka, johon ottaa yhteyttä huolimatta siitä, millä viranomaisella on lopullinen vastuu kulloisestakin asiasta.

Suun terveydenhuolto

Kunnat ovat vastuussa julkisesta hammashuollosta. Palvelut tuotetaan joko julkisen sektorin palveluna tai kunnan kanssa tehtyyn sopimukseen perustuen yksityisten hammaslääkäreiden palveluina. Lapsilla, nuorilla ja eräillä erityisryhmillä on oikeus maksuttomaan kunnalliseen hammashuoltoon.

toon. Sairausvakuutus kattaa osan aikuisten hammashuollon kustannuksista. Potilas maksaa itse noin 40-60 prosenttia hammashoidon kustannuksista.

Asiakasmaksut

Sairausvakuutusjärjestelmä kattaa kaikki asukkaat. Asukas voi itse valita käyttämänsä vakuutusryhmän. Vakuutusryhmässä 1 terveyspalvelut ovat asiakkaalle maksuttomia ja julkisen järjestelmän tuottamia. Potilaat rekisteröityvät valitsemansa yleislääkärin potilaaksi. Yleislääkäri päättää, mitkä hoidot katsotaan asiakkaan kannalta tarpeellisiksi ja antaa tarvittaessa potilaalle lähetteen erikoislääkärin vastaanotolle tai sairaalaan. Yleislääkärin palvelut ja yleislääkärin läheteellä tapahtuva erikoissairaanhoito on potilaalle maksutonta. Suurin osa asukkaista (97,6 prosenttia vuonna 2001) on valinnut ryhmän 1.

Vakuutusryhmän 2 valinneiden asukkaiden ei tarvitse rekisteröityä yleislääkärin potilaaksi ja he voivat hakeutua suoraan erikoislääkärin hoitoon ilman yleislääkärin lähetettä. Potilas maksaa hoidostaan itse sen osan, mikä ylittää vakuutusryhmän 1 taksan.

Hoitoon pääsy ja valinnan vapaus

Potilas saa valita itse yleislääkäriinsä. Saatuaan lähetteen sairaalaan, potilaalla on mahdollisuus valita hoitoa antava julkisen sektorin sairaala myös oman alueensa ulkopuolelta.

Jos potilaan asuinpaikan alue ei pysty järjestämään sairaalahoitoa kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta alueen sairaalaan, potilaalla on mahdollisuus saada hoitoa yksityisessä tai ulkomailla sijaitsevassa sairaalassa, joka on tehnyt alueen kanssa sopimuksen hoidon antamisesta. Alueen on viimeistään kahdeksan työpäivän kuluessa lähetteen saapumisesta alueen sairaalaan ilmoitettava potilaalle tutkimuksen tai hoidon toteuttamispäivä, pystyykö alue antamaan hoitoa säädetyssä kuukauden määräajassa ja mahdollisuudesta valita hoitoa antava sairaala sekä hoitoon pääsyn odotusajat oman ja muiden alueiden sairaaloissa.

Rahoitus

Terveystenhuollon menot olivat vuonna 2007 Tanskassa 9,8 prosenttia suhteessa BKT:hen ja terveystenhuollon menot asukasta kohden ostovoimakorjattuna 3512 USD (PPP). Julkisen rahoituksen osuus terveystenhuollon menoista oli 84,5 prosenttia ja yksityisten menojen osuus oli 15,5 prosenttia. Kotitalouksien rahoitusosuus terveystenhuollon menoista oli 13,8 prosenttia.

2.2.3 Norja

Norjan terveystenhuolto on verorahoitettu ja kattaa koko väestön. Verorahoituksen lisäksi sairausvakuutusjärjestelmä kattaa 14 prosenttia terveystenhuollon kustannuksista. Julkisten terveyspalvelujen järjestämisvastuu on jaettu siten, että valtio järjestää neljän alueellisen terveysyrityksen kautta erikoissairaanhoidon, kunnat vastaavat perusterveystenhuollosta ja aluetaso (fylke) vastaa suun terveystenhuollosta. Kunnilla on verotusoikeus, mutta alueelliset terveystenhuoltoyritykset saavat rahoituksensa valtion keskushallinnolta.

Julkinen terveystenhuolto on maan terveys- ja sosiaaliministeriön (Helse- og omsorgsdepartementet) alainen. Ministeriö vastaa kansallisen terveyspolitiikan laatimisesta ja valvonnasta. Kansallisella tasolla ministeriö on kokonaisvastuussa myös siitä, että järjestelmä toimii tehokkaasti ja toteuttaa sen perustavoitteita.

Terveysten edistäminen

Norjan kunnallisia terveyspalveluja koskevan lain (Lov om helsetjenesten i kommune, 1982-11-19-66) mukaan kunnan velvollisuutena on edistää kansanterveyttä, hyvinvointia sekä hyviä sosiaalisia ja ympäristöolosuhteita sekä ehkäistä ja hoitaa sairauksia ja vammoja. Ehkäisevää työtä tehdään myös kuntien vastuulla olevassa kouluterveystenhuollossa, terveyskeskuksissa ja lasten terveystenhuollossa. Kunnan tulee tarjota tietoa ja lisätä kiinnostusta siihen, mitä yksilöt itse ja yhteisöt voivat tehdä oman hyvinvointinsa, terveytensä ja kansanterveyden edistämiseksi. Kunnan terveyspalvelujen tulee seurata ter-

veydentilaa kunnassa ja niitä tekijöitä, jotka voivat siihen vaikuttaa, sekä ehdottaa tervettä edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä toimenpiteitä kunnalle.

Perusterveydenhuolto

Kuntien järjestämästä perusterveydenhuollosta säädetään kunnallisia terveyspalveluja koskevassa laissa. Kuntien järjestämään perusterveydenhuoltoon kuuluu muun muassa terveysasematoiminta, kouluterveydenhuolto, sairauksien, vammojen ja vahinkojen diagnostisointi ja hoitotoimenpiteet, kuntoutus sekä ehkäisevä terveydenhuolto ja ehkäisevä päihdetyö. Kunnat vastaavat myös yleislääkäripalveluista, avohoidon päivystyksen järjestämisestä, kotisairaanhoidosta ja vanhus-ten laitoshoidosta sekä sairaanhoitaja- ja kätilöpalveluista. Kunnat koordinoivat perusterveydenhuollon kuntoutuspalvelujen järjestämistä ja vastaavat siitä, että tarpeen mukaista kuntoutusta on saatavilla. Erikoissairaanhoidossa järjestettävä kuntoutus on alueellisten terveydenhuoltoyhtiöiden vastuulla.

Norjan perusterveydenhuollon järjestämisessä pääperiaatteena on, että asukkaat voivat listautua valitsemansa yleislääkäripraktiikkaa harjoittavan lääkärin potilaaksi. Lähes kaikki norjalaiset ovat halunneet liittyä järjestelmään ja 98 prosenttia väestöstä on listautunut yleislääkärin potilaaksi. Lääkärin valinta ei ole sidottu asuinkuntaan tai muuhun maantieteelliseen seikkaan. Potilas voi vaihtaa yleislääkäriään kaksi kertaa vuodessa. Yleislääkäri toimii portinvartijana erikoissairaanhoidon palveluihin nähden ja arvioi potilaan erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeen. Potilaalla on oikeus toisen yleislääkärin arvioon erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeestaan. Yleislääkärit työskentelevät itsenäisinä ammatinharjoittajina ja ovat sopimussuhteessa kuntaan. Yleislääkäreiden tehtäviin kuuluu myös potilaiksi listautuneiden ehkäisevä terveydenhuolto ja potilastietojen ylläpito.

Järjestelmään siirtymisen tavoitteena vuonna 2001 oli helpottaa lääkäripalvelujen saantia ja parantaa palvelujen laatua vahvistamalla lääkäri-potilas -suhdetta. Ministeriö, potilaat ja lääkärit pitävät yleislääkärijärjestelmää toimivana. Lääkärit ovat arvioineet hoidon laadun parantuneen hoitosuhteen jat-

kuvuuden seurauksena. Yleislääkärin rooli portinvartijana ei ole kuitenkaan vahvistunut toivotulla tavalla. Erikoissairaanhoidon lähetettyjen potilaiden ja potilaille kirjoitettujen lääkemääräysten määrä on kasvanut uudistuksen jälkeen. Vuosina 2001 ja 2002 toteutettujen perusterveydenhuollon uudistuksen ja sairaalauudistuksen jälkeen Norjan terveydenhuollon menot ovat kasvaneet merkittävästi. Samaan aikaan potilaskontaktit ovat lisääntyneet, mikä on tulkittu siten, että palvelujen saatavuus on parantunut. Uudistus houkutteli lisää lääkäreitä perusterveydenhuoltoon, mikä myös paransi palvelujen saatavuutta. Uudistuksen jälkeen pienimmillä kunnilla on edelleenkin ollut vaikeuksia lääkärityövoiman saamisessa.

Kunnilla on paljon valinnanvapautta lakisääteisten tehtäviensä järjestämistavan suhteen. Norjassa kunnat voivat hankkia sosiaali- ja terveyspalveluja yksityisiltä toimijoilta, järjestää ne itse tai sopia palvelujen järjestämisestä yhdessä muiden kuntien kanssa. Tilaaja-tuottajamalleja on otettu käyttöön erityisesti suurissa kunnissa.

Potilailla on lailla turvattu oikeus kunnan järjestämään tarpeelliseen terveydenhuoltoon. Kunnan tulee turvata vähintään minimitason terveyspalvelut ja joissakin tilanteissa palvelut tulee antaa tiettyjen aikarajojen puitteissa. Palvelun järjestämiseen velvollinen kunta ei voi kieltäytyä tarpeellisten terveyspalvelujen järjestämisestä taloudellisin perustein. Lisäksi potilaan oikeuksista annetun lain mukaan kaikilla potilailla on oikeus välttämättömään kiireelliseen sairaanhoitoon perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Tarpeellisten terveyspalvelujen lisäksi kunta voi taloudellisten resurssiensa puitteissa järjestää muitakin palveluja.

Erikoissairaanhoido

Norjan erikoissairaanhoido järjestettiin uudelleen vuonna 2002 tehdyllä uudistuksella, jossa sairaalat siirtyivät valtion omistukseen. Valtio on vastuussa neljän alueellisen terveydenhuoltoyhtiön (de regionale helseforetakene) kautta sairaalahoidosta ja erikoistuneemmista terveyspalveluista. Alueelliset terveydenhuoltoyhtiöt vastaavat myös ensihoidon ja sairaankuljetuksen järjestämisestä

maa- ja vesiteitse sekä ilma-aluksilla. Alueet voivat järjestää toiminnan itse tai hankkia palvelut yksityisiltä yrityksiltä.

Alueelliset terveydenhuoltoyhtiöt omistavat sairaalat, jotka ovat myös yhtiömuotoisia (helseforetak). Terveydenhuoltoyhtiöitä on koko maassa noin 30. Terveydenhuoltoyhtiö on itsenäinen oikeushenkilö. Sillä on johtokunta sekä johto, joka vastaa päivittäisistä toiminnoista. Säännökset yhtiöiden toiminnasta ja organisaatiosta ovat terveydenhuoltoyhtiöistä annetussa laissa.

Erikoissairaanhoidon terveydenhuoltoyhtiömalli perustuu osittain tilaajan ja tuottajan erottamiseen toisistaan siten että alueellinen terveydenhuoltoyhtiö ostaa palvelut ja terveydenhuoltoyritykset tuottavat erikoissairaanhoidon palvelut. Kuitenkin alueelliset terveydenhuoltoyhtiöt omistavat terveydenhuoltoyritykset ja siten vastaavat myös valtion tuottajafunktiosta. Alueellisella terveydenhuoltoyhtiöllä on sopimuksia radiologiaa ja laboratoriopalveluja tuottavien yksiköiden, yksityisten erikoislääkäreiden ja kuntoutusyksiköiden kanssa. Alueellisen terveydenhuoltoyhtiön ja terveydenhuoltoyritysten suhdetta on yritetty selkeyttää erottamalla terveydenhuoltoyrityksen omistajan rooli ja tilaajan rooli yrityksen hallinnossa. Suurimassa osassa maata ei ole mahdollista saada aikaan aitoa kilpailua erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoajien kesken.

Sairaalaudistuksella etsittiin ratkaisua terveystalvelujen alueellisiin tasoeroihin, kasvaviin jonoihin ja kustannusten kasvuun. Valtion rahoitus osaltaan edistää kansalaisten tasavertaista palvelujen saantia asuinkunnasta riippumatta. Erikoissairaanhoidon järjestämistavan muutos on parantanut potilaiden tyytyväisyyttä ja sairaaloiden tehokkuutta, lyhentänyt hoitoon pääsyn odotusaikoja ja palvelujen laatuun on kiinnitetty enemmän huomiota. Samaan aikaan julkisen sektorin terveydenhuollon kustannukset ovat kasvaneet huomattavasti, mikä on johtanut siihen, että Norjassa terveydenhuollon kustannukset asukasta kohden ovat OECD maista kolmanneksi korkeimmat.

Potilaalla, joka on ohjattu erikoissairaanhoitoon, on oikeus valita hoitoa antava sairaala tai terveydenhuollon yksikkö, mutta ei hoidon tasoa. Potilas voi valita julkisista sai-

raaloista tai yksityisistä terveydenhuoltoyksiköistä, jotka ovat tehneet sopimuksen terveydenhuoltoyhtiön kanssa. Potilas voi käyttää oikeuttaan sairaalan valintaan myös hoidon aikana. Potilaan toivomuksesta esimerkiksi terveydentilan arviointi, leikkaus ja kuntoutus voidaan tehdä eri sairaaloissa. Alueellinen terveydenhuoltoyhtiö vastaa potilaan oman alueen ulkopuolella annettavan hoidon kustannuksista ja matkakustannuksista. Kun potilas valitsee hoitopaikan oman alueensa ulkopuolelta, potilaan omavastuu matkakustannuksista on korkeampi kuin, jos hoito toteutettaisiin potilaan asuinalueen sairaalassa. Sairaalan velvollisuutteen ottaa vastaan valintoikeuttaan käyttänyt potilas, on olemassa poikkeus. Kyse on tällöin joko potilaan hoidontarpeen arvioinnista määräaikaana taikka potilaan tarvitsemasta kiireellisestä hoidosta (§ 2–4 Rett til valge sykehus, Lov om pasientrettigheter nr. 63, 2. juli 1999).

Pitkäkestoisten terveystalvelujen tarpeessa oleville asukkaille tulee tehdä suunnitelma hoidon toteuttamisesta yhteistyössä asiakkaan kanssa. Vastuu suunnitelman tekemisestä on hoitoa antavalla kunnalla taikka sairaalalla.

Mielenterveystyö

Norjassa tehtiin poliittinen päätös 1997 asettaa mielenterveystalvelujen parantaminen kansalliseksi agendaksi. Koko maahan luotiin alueelliset psykiatrian keskuskeskukset kattaen 30 000 – 60 000 väestöpohjan riippuen väestöstä ja välimatkoista. Psykiatrian keskuskeskusten tehtävä on tarjota avohoitopalveluja, hoitoa päiväyksiköissä, kriisi-interventioita, lyhytaikaista sairaalahoidoa, pitkäaikaista osastohoidoa, kuntoutusta ja liikkuvien tiimien palveluja. Psykiatriset avohoitoyksiköt liitettiin näihin, vain erityisosaamista vaativa avohoido jätettiin suurempien psykiatristen sairaaloiden yhteyteen. Keskusten tärkeä tehtävä on tarjota konsultaatiota, työnohjausta ja tukea perusterveydenhoidolle ja sosiaalityölle. Keskukset on liitetty itsenäisinä yksikköinä paikallisen yleissairaalan yhteyteen, missä se on mahdollista.

Psykiatristen sairaalahoidon tehtäväksi määritettiin potilaan kokonaisvaltainen psykiatrin arviointi, pitkäkestoisen hoitosuunnitel-

man tekeminen siten, että se on toteutettavissa alueellisen psykiatrisen keskuksen tai peruspalvelujen kautta. Lasten ja nuorten palvelut järjestettiin avohoitopainotteisesti.

Terveysministeriö velvoitti jokaisen kunnan tekemään palvelujen tarpeen arviointiin perustuvan suunnitelman psyykkisesti häiriintyneen henkilön hoidosta. Suunnitelman tekeminen oli lisärahoituksen saamisen ehtona. Norjassa tehtiin valtakunnalliset ohjeet psykiatristen keskusten organisoinnista ja tehtävistä. Ohjeissa painotetaan yhteisöpsykiatriaa ja avohoitopainotteisuutta, palvelujen järjestämisen periaatteita, arvoja ja annetaan vaadittavat standardit. Valtio otti omistukseensa erikoissairaanhoidon palvelut. Muodostettiin viisi alueellista terveyspalvelujen tuottajayksikköä. Nämä yksiköt raportoivat suoraan terveysministeriön kautta valtionhallinnolle.

Suun terveydenhuolto

Aluetaso (fylkeskommun) vastaa julkisesta suun terveydenhuollosta. Julkiseen suun terveydenhuoltoon ovat oikeutettuja lapset, nuoret ja tietyt erityisryhmät, kuten esimerkiksi pitkäaikaissairaat ja laitoksissa asuvat henkilöt. Suurin osa aikuisväestön suun terveydenhuollon palveluista tuotetaan yksityissektorilla potilaan omalla kustannuksella. Sairausvakuutuksesta maksetaan korvausta tiettyjen toimenpiteiden kustannuksiin. Noin kolme neljäsosaa Norjan hammaslääkäreistä työskentelee yksityissektorilla. Aluetaso voi hankkia julkisen suun terveydenhuollon palveluja ostamalla niitä yksityisiltä palvelun tuottajilta.

Sosiaalipalvelut

Kunnat vastaavat vanhusten ja vammaisten pitkäaikaisen hoidon järjestämisestä. Pitkäaikaista hoitoa järjestetään hoitokodeissa, asumispalveluyksilöissä ja kotona annettavina palveluina. Hoitokodeista säädetään kunnallista terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä ja asumispalveluyksiköistä ja kotona annettavista palveluista säädetään sosiaalipalveluista annetussa laissa (Sosialtjenesteloven 1991-12-13 nr 81). Vanhusten ja vammaisten hoito pyritään järjestämään

mahdollisimman pitkään asiakkaan omassa kodissa.

Perusterveydenhuollon tasolla kunnat vastaavat sosiaalipalveluista annetun lain mukaan ehkäisevästä päihdetyöstä. Kunnat voivat tehdä yhteistyötä järjestöjen kanssa. Alueelliset terveydenhuoltoyritykset vastaavat päihdehuollon erikoissairaanhoitotason palveluista. Alueelliset terveydenhuoltoyritykset voivat ostaa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta.

Asiakasmaksut

Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kustannuksista on 15,6 prosenttia. Maksut on hinnoiteltu käytettävän palvelun ja muun muassa käyntiajankohdan mukaan, mutta maksut ovat yhtenäiset koko maassa. Potilas maksaa asiakasmaksun suoraan lääkärille. Sairaalassa annettava hoito on ilmaista kaikille sairausvakuutuksen piirissä oleville.

Maksukattoja on Norjassa käytössä kaksi. Normaalin terveydenhoidon maksukatto, noin 207 euroa vuodessa, kattaa lääkäri-, röntgen- ja laboratoriokustannukset, pakolliset lääkkeet ja matkakustannukset. Toiseen maksukattoon, jonka määrä on noin 312 euroa vuodessa, lasketaan edellisten lisäksi muun muassa hammashuollosta, fysioterapiasta ja kuntoutuksesta aiheutuvia kustannuksia. Terveydenhuollon maksukaton täyttyttyä potilas saa terveydenhuollon maksutta loppuvuoden ajan.

Kunnan järjestämä vanhusten ja vammaisten kotihoito ja vanhusten laitoshoidon hoitokodeissa eivät sisälly maksukattoon laskettaviin kustannuksiin. Näiden sosiaalipalvelujen omavastuuosuus on usein korkea, esimerkiksi hoitokotien asukkaat maksavat 75–85 prosenttia tuloistaan kunnalle asiakasmaksuina.

Aikuisten hammashuolto ja silmälasit jäävät julkisen terveydenhuollon ulkopuolelle.

Yksityinen sektori

Voittoa tavoittelemattomat yksityisen sektorin palvelujen tuottajat, esimerkiksi kirkon omistama säätiö, ovat integroituneet osaksi julkista terveydenhuoltoa. Voittoa tavoittelevat terveydenhuollon yritykset täydentävät

julkisten palvelujen tarjontaa tarjoamalla esimerkiksi plastiikkakirurgiaa.

Yksityisen sektorin tuottamat palvelut ovat merkittävässä asemassa julkisen sektorin palveluihin verrattuna ainoastaan päihdehuollon, kuntoutuksen ja hammashuollon palvelujen järjestämisessä. Joitakin tukipalveluja, esimerkiksi radiologiaa ja laboratoriopalveluja tuotetaan pääasiassa yksityisesti.

Hoitoon pääsy

Potilaslain mukaan potilaalla, joka on ohjattu julkiseen sairaalaan erikoissairaanhoidon, on oikeus terveydentilan arviointiin 30 arkipäivän kuluessa lähetteen saapumisesta sairaalaan. Arvioinnin tulee sisältää arvio hoidon tarpeesta ja hoidon toteuttamisen ajankohdasta.

Lääketieteellisen arvion perusteella erikoissairaanhoidon eniten tarvitsevat potilaat ovat etuoikeutettuja hoitoon pääsyssä. Heille määritellään yksilöllinen määräaika, jonka kuluessa hoito on järjestettävä. Arvio perustuu lääketieteellisiin perusteisiin ja lisäksi hoidosta tulee olla odotettavissa hyötyä ja kustannusten tulee olla kohtuullisessa suhteessa hoidosta koituvaan hyötyyn. Jos alueellinen terveydenhuolto-yhtiö ei pysty järjestämään hoitoa määräajassa, tulee hoito järjestää muualla alueellisen terveydenhuolto-yhtiön kustannuksella. Hoito voidaan järjestää julkisessa tai yksityisessä sairaalassa Norjassa taikka tarvittaessa ulkomailla.

Uudistushankkeet

Norjassa on käynnistetty terveydenhuoltojärjestelmän uudistushanke, jonka tavoitteena on parantaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä sekä vastata väestön ikääntymisen ja kasvavien terveydenhuoltokustannusten asettamiin haasteisiin. Uudistuksessa kuntien asemaa on tarkoitettu vahvistaa ja lisätä panostusta ehkäiseviin terveyspalveluihin.

Rahoitus

Terveydenhuollon menot olivat vuonna 2007 Norjassa 8,9 prosenttia suhteessa BKT:hen ja menot asukasta kohden ostovoi-

makorjattuna olivat 4763 USD (PPP). Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon menoista oli 84,1 prosenttia ja yksityisten menojen osuus oli 15,9 prosenttia. Kotitalouksien rahoitusosuus puolestaan oli 15,1 prosenttia. Yksityinen rahoitus kohdistuu pääosin hammashuoltoon ja lääkkeisiin.

2.2.4 Iso-Britannia

Ison Britannian julkinen terveydenhuolto-palvelu (National Health Service, NHS) tuottaa kaikille Isossa-Britanniassa asuville yleisiä, hoidon tarpeeseen perustuvia, palveluja maksukyvyistä riippumatta. NHS tuottaa perusterveydenhuollon ja avohuollon terveyspalveluja, sairaalahoitoa sekä terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisemiseen, itsehoitoon, kuntoutukseen ja jälkihoitoon liittyvää yksilölähtöistä tiedotusta ja tukea. NHS rahoitetaan pääosin valtion verotuloilla. Palvelut ovat asiakkaille pääsääntöisesti maksuttomia.

Isossa-Britanniassa käynnistettiin vuonna 2000 kymmenvuotinen terveydenhuollon uudistamisohjelma, jonka tavoitteena on saada aikaan potilaslähtöinen julkinen terveyspalvelujärjestelmä, joka hyödyntää käytävissä olevat voimavarat mahdollisimman tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti terveyden edistämiseksi, terveyden eriarvoisuuden vähentämiseksi sekä parhaan mahdollisen terveydenhuollon varmistamiseksi. Uudistuksen tavoitteena on lisätä potilaiden valinnan ja vaikuttamisen mahdollisuuksia hoitonsa suhteen.

Maa on jaettu kymmeneen alueeseen, joiden terveysviranomaiset (Strategic Health Authorities) vastaavat alueensa terveyspalvelujen kehittämisestä, laadun ja tehokkuuden varmistamisesta, palvelujen riittävydestä sekä kansallisten painopisteohjelmien toteuttamisesta.

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon ensisijaisia palveluntuottajia ovat yleislääkärit, hammaslääkärit, optikot, apteekkarit, julkisen terveydenhuoltojärjestelmän terveysasemat (walk-in-clinics), neuvontapalvelu (NHS Direct) ja hoitosäätiöt. Potilaat voivat valita yleislääkä-

rinsä asuinalueensa lääkäreistä ja rekisteröityä hänen potilaakseen. Suurin osa yleislääkäreistä on yksityisiä ammatinharjoittajia, joilla on sopimus palvelut hankkivan perusterveydenhuollon säätiön kanssa. Yleislääkärit antavat hoidon lisäksi myös terveysneuvontaa ja rokotuksia sekä tekevät yksinkertaisia kirurgisia toimenpiteitä. Vastaanotot ovat potilaalle maksuttomia. Julkisen sektorin erikoissairaanhoidon palveluihin vaaditaan yleislääkärin lähete.

Julkisen terveystalouden terveysasemia (NHS walk-in-centres) on noin 90 kappaletta ja ne tarjoavat nopean pääsyn terveysneuvontaan ja hoitoon. Terveysasemilla on joustavat vastaanottoajat ja ne sijaitsevat lähellä asiakkaita, eikä palvelun käyttäminen vaadi ajanvarausta tai rekisteröitymistä. Terveysasemien palveluihin kuuluu vähäisten sairauksien ja vammojen hoito, terveydenhoitajan arvio hoidon tarpeesta ja terveyden edistämiseen sekä paikallisiin terveystalouksiin liittyvä neuvonta.

Perusterveydenhuollon säätiöt (Primary Care Trusts) vastaavat 80 prosentista koko julkisen terveydenhuoltojärjestelmän taloudesta. Perusterveydenhuollon säätiöiden vastuulla on paikallisen väestön tarvitsemista terveystalouksista päättäminen sekä palvelujen tarjonnan ja mahdollisimman hyvän saatavuuden varmistaminen. Näihin palveluihin kuuluvat sairaalahoido, mielenterveyspalvelut, yleislääkärin vastaanotot, seulontaohjelmat, potilaskuljetus sekä julkisen terveydenhuoltojärjestelmän piiriin kuuluvat hammaslääkärit, apteekkarit ja optikot. Säätiöiden tehtäviin kuuluu myös henkilökunnan osaamisen kehittäminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyön varmistaminen. Perusterveydenhuollon säätiöt tekevät yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja paikallisten viranomaisten kanssa. Perusterveydenhuollon säätiöt toimivat tilaajaorganisaatioina ja voivat tuottaa osan palveluista itse.

Hoitosäätiöt (Care Trusts) toimivat sekä terveys- että sosiaalialalla. Hoitosäätiöt tuottavat muun muassa sosiaalipalveluja, mielenterveyspalveluja ja perusterveydenhuollon palveluja. Hoitosäätiö perustetaan NHS:n ja paikallisten viranomaisten yhteistyösopimuksella alueella, jossa koetaan, että terveys- ja

sosiaalipalvelujen tiiviimpi yhteistyö on tarpeen tai että se hyödyttäisi paikallisia palveluja.

Erikoissairaanhoido

Julkisen terveydenhuollon säätiöt (NHS Trusts) tuottavat erikoissairaanhoidon palvelut. Rahastosäätiöt (Foundation Trusts) ovat uudella tavalla organisoituja, paikallisten johtajien, henkilökunnan ja asukkaiden edustajien johtamia sairaaloita, jotka on räätyä paikallisen väestön tarpeiden mukaan. Rahastosäätiöillä on enemmän taloudellista ja toiminnallista liikkumatilaa kuin muilla julkisen terveydenhuollon säätiöillä. Julkisen terveystalouden akuutisäätiöt (Acute Trusts) johtavat sairaaloita. Akuutisäätiöt työllistävät suuren osan NHS:n työntekijöistä. Osa akuutisäätiöistä on alueellisia tai valtakunnallisia erikoissairaanhoidon keskuksia. Toiset toimivat yliopistojen yhteydessä ja niissä koulutetaan terveydenhuollon ammattilaisia. Lisäksi akuutisäätiöt tuottavat palveluja paikallisella tasolla esimerkiksi terveyskeskuksissa, lääkäriasemilla tai potilaiden kotona.

Ensihoitoa ja kiireellistä sairaankuljetusta hoitavat ambulanssisäätiöt. Perusterveydenhuollon säätiöiden vastuulla on varmistaa, että alueella on tarpeisiin nähden riittävät ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelut. Ambulanssisäätiöt voivat hoitaa myös kiireettömiä potilaskuljetuksia. Paikallisten sopimusten mukaan potilaskuljetukset voidaan hoitaa julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajien kautta.

Mielenterveyspalveluja tuotetaan eri tasoilla perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Mielenterveyspalveluja tuotetaan yleislääkärin, kriisityön ja muiden kotiin annettavien palvelujen sekä erikoissairaanhoidon kautta.

Sosiaalihuollon palvelujen järjestäminen on kuntien tehtävä.

Asiakasmaksut

Julkisen terveydenhuollon terveystaloudet ovat pääsääntöisesti maksuttomia asiakkaille. Kunnallisista sosiaalipalveluista peritään tulosidonnaisia asiakasmaksuja.

Lääkekustannuksissa asiakkaan omavastuu on noin yhdeksän euroa lääkemääräystä kohden, mikä vastaa noin 63 prosenttia keskimääräisestä lääkkeen hinnasta. Useat erityisryhmät saavat alennusta näistä maksuista. Asiakas voi lunastaa ennalta maksettavan vapaakortin, joka kattaa kaikki reseptilääkkeet. Vapaakortin hinta on 130 euroa vuodelta tai 46 euroa neljältä kuukaudelta.

Julkinen hammashuolto on järjestetty itsenäisten hammaslääkäreiden kautta, jotka tekevät sopimuksen paikallisten terveystoimikamarien kanssa. Toimenpiteiden hinnat ovat kiinteät. Aikuiset maksavat itse 80 prosenttia hoidon kustannuksista, lapsille hoito on ilmaista. Maksukatto on noin 544 euroa vuodessa.

Yksityiset palvelut

Yksityisen sektorin yleislääkärin vastaanotot on vähäinen määrä. Yleislääkäreitä toimii yksityisillä markkinoilla hyvin vähän. Yleislääkärit voivat työskennellä julkisen terveydenhuollon ohella myös yksityissektorilla, mutta eivät voi hoitaa yksityisesti potilaakseen listautuneita julkisen terveydenhuollon potilaita. Julkisen erikoissairaanhoidon lääkärit voivat tarjota potilailleen palveluja myös yksityisesti. Yksityisellä sektorilla potilas voi hakeutua erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetystä, mutta silloin hän maksaa kustannukset itse. Suurimmat yksityisiä sairausvakuutuksia myöntävät yhtiöt edellyttävät kuitenkin yleislääkärin lähetystä ennen erikoislääkärin palvelujen käyttämistä.

Yksityisiä sairaaloita on noin 240 kappaletta ja niissä on alle viisi prosenttia maan sairaalapaikoista.

Hoitoon pääsy

Lainsäädännössä ei ole sitovia hoitoon pääsyn määräaikoja, vaan hallitus on asettanut tavoiteajat, joiden puitteissa hoito tulisi järjestää. Tavoitteeksi on asetettu, että potilas pääsisi terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle 24 tunnin kuluessa ja yleislääkärin vastaanotolle 48 tunnin kuluessa yhteydenotosta. Vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen mukaan 75 prosenttia potilaista ilmoitti,

että kahden vuorokauden tavoiteaika oli toteutunut heidän kohdallaan.

Joulukuusta 2008 lähtien on sairaalahoittoon tullut päästä 18 viikon kuluessa lähteen saamisesta. Tämä hoitoon pääsyn tavoiteaika ei kuitenkaan korvaa olemassa olevia lyhyempiä tietyille sairauksille, kuten syöpä- ja sydäntaudeille, määriteltyjä tavoiteaikoja.

Potilaan valinnanvapaus

Vuodesta 2004 kaikilla enemmän kuin kuusi kuukautta leikkausta odottaneilla potilailla on ollut mahdollisuus hakeutua hoitoon toiseen sairaalaan tai toiselle palveluntuottajalle, tarvittaessa myös yksityissektorille taikka ulkomaille. Vuodesta 2006 kiireettömään sairaalahoittoon lähetetyille potilaille on tarjottu mahdollisuus valita hoitopaikkansa vähintään neljästä palveluntuottajasta. Perusterveydenhuollon säätiöt laativat palveluntuottajaluettelon, josta asiakkaat voivat valita haluamansa palveluntuottajan. Tätä luetteloa on laajennettu asteittain.

Huhtikuusta 2009 alkaen yleislääkärin lähete useimpiin kiireettömän hoidon muotoihin antoi potilaalle mahdollisuuden valita mieleisensä sairaalan tai lääkäriaseman, joka tarjoaa hoidon julkisen terveystoimikamarien hinnoilla julkisen terveystoimikamarien normien mukaisesti.

Rahoitus

Terveydenhuollon menot olivat vuonna 2007 Isossa-Britanniassa 8,4 prosenttia suhteessa BKT:hen ja menot asukasta kohden ostovoimakorjattuna olivat 2992 USD (PPP). Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon menoista oli 81,7 prosenttia ja yksityisten menojen osuus oli vastaavasti 18,3 prosenttia. Kotitalouksien rahoitusosuudeksi jäi 11,4 prosenttia.

2.2.5 Alankomaat

Alankomaiden terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus perustuu sairausvakuutukseen. Valtio ei osallistu varsinaiseen palvelujen tuottamiseen, joka ensisijaisesti on yksityisten palveluntuottajien, eli yksittäisten ammattihenkilöiden ja hoitolaitosten, tehtävä. Va-

kuutuksenantajat maksavat terveystalvelujen tuottajille vakuutettujen käyttämät palvelut. Terveysten edistäminen ja ehkäisevät palvelut on järjestetty paikallisella tasolla kunnissa.

Sairausvakuutusjärjestelmän uudistus tuli voimaan vuoden 2006 alussa. Aikaisempi järjestelmä, jossa enemmistö väestöstä kuului julkisen sairausvakuutuksen piiriin ja vähemmistö yksityisen sairausvakuutuksen piiriin, korvattiin yhdellä kaikkia koskevalla järjestelmällä. Uudistuksen tavoitteena oli yksinkertaistaa sairausvakuutusjärjestelmää, antaa vakuutusyhtiöille mahdollisuudet tehostaa terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa, parantaa terveydenhuollon laatua, lisätä sen asiakaslähtöisyyttä ja säilyttää palvelujen yleinen saatavuus.

Sairausvakuutusjärjestelmän uudistus koski vain perusterveydenhuollon, hammashuollon ja erikoissairaanhoidon vakuutusjärjestelmää. Perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja koskeva vakuutus lisättiin järjestelmään vuoden 2008 alusta. Muitakin vakuutusjärjestelmää koskevia uudistuksia on tarkoitus tehdä lähivuosina, esimerkiksi hoitokoteja koskeva vakuutusjärjestelmä on tarkoitus uudistaa. Terveystalvelujen tuottamista koskevaa lainsäädäntöä ollaan myöskin uudistamassa.

Kaikilla asukkailla on velvollisuus hankkia sairausvakuutus. Markkinoilla toimii noin 30 yksityistä, voittoa tavoittelevaa vakuutuksenantajaa. Asiakas voi valita vapaasti vakuutuksenantajansa ja vakuutusyhtiötä voi vaihtaa kerran vuodessa. Kaikkien asukkaiden on hankittava perussairausvakuutus, jonka sisältö määritellään lailla. Perussairausvakuutus sisältää lähes kaiken terveyden- ja sairaanhoidon, muun muassa yleislääkärin palvelut, sairaalahoidon ja lääkkeet. Vakuutuksenottaja maksaa perussairausvakuutuksesta kiinteän vakuutusmaksun. Vakuutuksenantaja päättää vakuutusmaksun määrän, mutta on velvollinen tarjoamaan laissa säädettyt palvelut kaikille samalla hinnalla. Vakuutuksenantajan on hyväksyttävä kaikki asukkaat perusvakuutuspaketin asiakkaaksi samoin ehdoin asiakkaan henkilökohtaisista ominaisuuksista riippumatta.

Lisäksi asukas voi hankkia vapaaehtoisen lisävakuutuksen, joka kattaa muita terveystalveluja, kuten joitakin fysioterapian palve-

luja, aikuisten hammashuollon palveluja, psykoterapiaa sekä vaihtoehtoisia hoitomuotoja. Käytännössä vakuutusyhtiöt kilpailevat keskenään lisäpalvelujen hinnalla. Perussairausvakuutus kattaa 95 prosenttia terveydenhuollosta, kun taas vapaaehtoiset lisävakuutukset kattavat 5 prosenttia terveydenhuollon kustannuksilla mitaten.

Terveydenhuollon vakuutuksenantajien tulee täyttää laissa määrätty edellytykset, mutta ne voivat tavoitella voittoa. Vakuutuksenantajat neuvottelevat palveluntuottajien kanssa palvelujen hinnasta, sisällöstä ja järjestämisestä. Vakuutuksenantajien ei tarvitse tehdä sopimusta jokaisen palveluntuottajan kanssa, vaan ne voivat valita yhteistyökumppaninsa.

Lähes puolet terveydenhuoltojärjestelmän rahoituksesta katetaan sairausvakuutuksen kiinteällä vakuutusmaksulla. Kukin vakuutusyhtiö määrittelee itsenäisesti kiinteän vakuutusmaksun määrän ja lisäksi vakuutusmaksun määrän vaikuttavat muut vakuutusehdot. Kiinteän vakuutusmaksun määrä vuonna 2007 oli keskimäärin 1 135 euroa vuodessa vakuutettua henkilöä kohden. Vakuutettu maksaa kiinteän vakuutusmaksun suoraan vakuutusyhtiölle. Valtio rahoittaa alle 18-vuotiaiden henkilöiden vakuutusmaksut. Pienituloisille henkilöille, jotka eivät pysty maksamaan kiinteää vakuutusmaksua, voidaan myöntää taloudellista tukea.

Toinen puoli terveystalvelujärjestelmästä rahoitetaan veroluonteisin, tulosidonnaisin maksuin. Sairausvakuutuslain mukaan kiinteän vakuutusmaksun lisäksi palkansaajien tuloista peritään 6,5 prosentin suuruinen maksu, jonka kustannuksiin työnantajat osallistuvat. Maksun enimmäismäärä on noin 2 000 euroa vuodessa. Itsenäiset ammatinharjoittajat ja eläkeläiset maksavat 4,4 prosenttia tuloistaan. Tämän maksun sekä valtion maksaman alle 18-vuotiaiden henkilöiden kiinteän vakuutusmaksun osuus sijoitetaan sairausvakuutusrahastoon. Tästä rahastosta jaetaan varoja vakuutusyhtiöille erityisen riskintasausjärjestelmän mukaan.

Vakuutuksenottajalle voidaan palauttaa osa kiinteästä vakuutusmaksusta, jos hän on käyttänyt vuoden aikana terveydenhuoltopalveluja enintään 255 eurolla. Järjestelmä otettiin käyttöön vuonna 2005 palvelujen tarpeetoman käytön estämiseksi. Yleislääkärin

vastaanotolla käynnit eivät kuulu järjestelmän piiriin. Järjestelmä korvattiin vuoden 2008 alusta pakollisella 150 euron vuosittaisella omavastuusuudella, jonka vakuutusenantaja perii vakuutuksenottajilta.

Perusterveydenhuolto

Yksityisinä ammatinharjoittajina toimivat yleislääkärit tuottavat perusterveydenhuollon palveluja. Potilaalla on oikeus valita oma yleislääkäriinsä ja rekisteröityä haluamansa yleislääkäriin potilaaksi. Yleislääkäriin vastaanotolla on usein myös vastaanottohoitajia tai -avustajia, jotka voivat tehdä itsenäisesti yksinkertaisia hoitotoimenpiteitä ja pitkäaikaissairaiden hoitoon liittyviä tehtäviä. Yleislääkäreiden ryhmävastaanotot, joissa työskentelee lisäksi muita ammattihenkilöitä, esimerkiksi fysioterapeutteja ja sosiaalityöntekijöitä, ovat lisääntyneet viime vuosina.

Yleislääkärit, sosiaalityöntekijät ja perusterveydenhuollon psykologit järjestävät yhdessä perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut. Yleislääkäri voi lähettää potilaan yleisen sosiaalityön tai perusterveydenhuollon psykologin vastaanotolle. Yleislääkäri määrittelee myös, voidaanko potilas hoitaa perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen piirissä vai tarvitseeko hän erikoissairaanhoidon.

Terveyden edistäminen ja ehkäisevät palvelut

Hollannissa kunnat vastaavat terveyden edistämisestä, terveysneuvonnasta, ehkäisevistä palveluista, kuten kouluterveydenhuollosta, rokotuksista ja seksuaalineuvonnasta. Yhteistyö sosiaalitoimen palvelujen kanssa on tiivistä muun muassa syrjäytymisen ehkäisemisen ja maahanmuuttajien kotiuttamistoiminnassa.

Kuntien tulee nelivuotiskausittain valmistella terveyden edistämisen suunnitelmat valtakunnallisten linjausten pohjalta.

Erikoissairaanhoido

Sairausvakuutusjärjestelmän kattamaan erikoissairaanhoidon, samoin kuin tiettyjen terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten

fysioterapeutin tai toimintaterapeutin, palvelujen piiriin pääsemiseksi vaaditaan yleislääkärin lähete. Läheteessä määritellään tarvittava hoito, mutta ei hoidon antavaa erikoislääkärinä tai terveydenhuollon yksikköä.

Sairaaloiden avo- ja laitoshuollon erikoislääkärit tuottavat suurimman osan erikoissairaanhoidon palveluista. Yli 90 prosenttia sairaaloista on yksityisiä ja voittoa tavoittelemattomia, joiden lisäksi on julkisia yliopistosairaloita. Sairaalat voidaan jaotella yleissairaaloihin (93 sairaalaa), yliopistosairaaloihin, jotka hoitavat myös lääketieteellistä koulutusta ja tutkimusta (8 sairaalaa) ja erityistason hoitolaitoksiksi, jotka ovat erikoistuneet tiettyjen sairauksien taikka potilasryhmien hoitoon (63 laitosta). Yliopistosairaalat ovat tehneet keskinäisiä sopimuksia vaativien hoitojen keskittämiseksi.

Transmural care -käsite otettiin käyttöön 1990-luvun alussa. Sillä tarkoitetaan työtä, jolla helpotetaan organisatorisia ja taloudellisia raja-aitoja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Avopalvelujen ja laitoshuollon toimijat tekevät yhteistyötä hoidon laadun ja tuottavuuden parantamiseksi. Transmural care – projektit suunnataan usein tiettyihin potilasryhmiin. Suurimmat ongelmat työn vakiinnuttamisessa osaksi järjestelmää liittyvät rahoitukseen.

Suun terveydenhuolto

Yksityiset hammaslääkärit tuottavat kaikki suun terveydenhuollon palvelut. Lasten ja nuorten suun terveydenhuollon palvelut sisältyvät perussairausvakuutukseen, mutta 21 vuotta täyttäneet henkilöt rahoittavat suun terveydenhuollon palvelunsa itse taikka vapaaehtoisen vakuutuksen kautta.

Sosiaalihuolto

Sosiaalipalveluja koskeva laki uudistettiin vuoden 2007 alusta. Sen mukaan kunnille siirrettiin vastuu terveydenhuoltoon liittyvistä sosiaalipalveluista, kuten kotipalveluista. Lailla korostetaan asiakkaan osallistumista ja omaa vastuuta. Kunnat saivat entistä vapaammat mahdollisuudet päättää vammaisten sekä pitkäaikais- ja geriatrisia sairauksia sairastavien kuntalaisten palvelujen tarjonnasta.

Kunnan tarjoamien palvelujen ei tarvitse olla paikallisia, vaan kunnat voivat ostaa esimerkiksi erityispalveluja muualta. Sosiaalipalvelujen sijaan kuntalaiset voivat valita niin kutsutun henkilökohtaisen budjetin, jonka tavoitteena on aktivoida yksilöä ja tarjota osallisuuden mahdollisuuksia hänen lähiyhteisölleen.

Asiakasmaksut

Perussairausvakuutukseen kuuluvien palvelujen käytöstä ei peritä asiakasmaksuja. Asiakas maksaa vakuutusmaksun vakuutusyhtiölleen, joka maksaa terveyspalvelujen tuottajalle vakuutetun käyttämät palvelut.

Potilaat voivat valita vakuutuksen, jossa on omavastuuosuus, taikka tehdä sopimuksen, jonka mukaan he saavat vakuutusmaksun palautuksen, jos eivät käytä terveyspalveluja.

Hoitoon pääsy

Lainsäädännöllä on turvattu kansalaisen oikeus saada välttämätöntä hoitoa, mutta laissa ei ole sitovia aikarajoja, joiden kuluessa hoitoa tulisi antaa. Valtio on myöntänyt lisärahoitusta, minkä avulla hoitojonot on saatu lyhenemään. Vakuutusyhtiöt kilpailevat asiakkaita muun muassa takaamalla vakuutetuilleen hoidon tietyssä määräajassa.

Menojen taso

Terveystenhuollon menot vuonna 2007 Alankomaissa olivat 9,8 prosenttia suhteessa BKT:hen ja menot asukasta kohden ostovoimakorjattuna olivat 3837 USD.

2.2.6 EU-lainsäädäntö

Sosiaaliturvan koordinaatiolainsäädäntö

Euroopan unionissa liikkuvien henkilöiden oikeutta sosiaaliturvaan sääntelee asetus, joka sovittaa yhteen kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä (Neuvoston asetus (ETY) N:o 883/2004, jäljempänä asetus 883/2004, sekä sen täytäntöönpanoasetus (ETY) N:o 987/2009). Asetuksen sairauslainsäädäntö koskevat Suomen julkisia terveydenhuoltopalveluja, sairausvakuutusta ja kuntoutusta.

Asetus koskee kaikkia EU:n jäsenvaltioiden sosiaaliturvan piiriin kuuluvia kansalaisia, nyt myös niitä, jotka ovat työelämän ulkopuolella. Yleensä henkilö kuuluu asuinmaastaan riippumatta sen valtion lainsäädännön alaisuuteen, missä hän työskentelee. Henkilö, joka ei ole työssä, kuuluu asuinmaansa sosiaaliturvan piiriin. Asetuksen määräysten piiriin kuuluvat kaikki Suomen lainsäädännön mukaiset terveyspalvelut, kuten avosairaanhoido, hammashuolto ja sairaalapalvelut.

Asetuksen 20 artiklassa säädetään hoitoon hakeutumisesta toiseen jäsenvaltioon julkisen palvelujärjestelmän kustannuksella. Artiklassa säädetään olosuhteista, joissa kansallisen toimivaltaisen viranomaisen on myönnettävä lupa hakeutua hoitoon. Lupa on myönnettävä, jos kyseinen hoito kuuluu asianomaisen henkilön asuinjäsenvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin ja jos asianomaiselle henkilölle ei voida antaa tällaista hoitoa lääketieteellisesti perustellun ajan kuluessa, ottaen huomioon asianomaisen terveydentila ja sairauden todennäköinen kulku. Hyväksyttävää aikaa koskevaa edellytystä on yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytännön mukaisesti arvioitava kaikkien niiden olosuhteiden perusteella, jotka ovat luonteeltaan kullekin konkreettiselle tapaukselle ottaen asianmukaisesti huomioon sekä potilaan lääketieteellisen tilanteen luvan hakemisen ajankohtana että sen aikaisemmat vaiheet ja sairauden todennäköisen etenemisen.

Suomessa asuva potilas voi hakeutua hoitoon Suomen ulkopuolelle ja muista maista on mahdollista hakeutua hoitoon Suomeen myös ilman ennakkolupaa. EY-tuomioistuimen ennakkoratkaisutapauksissa antamien päätösten perusteella potilaan kotimaan järjestelmän on korvattava ilman ennakkolupaa hankittu hoito. Suomessa ilman ennakkolupaa tapahtuneen hoidon kustannuksista on mahdollista saada korvaus sairausvakuutuslain ja kansallisten taksojen perusteella.

Potilaiden liikkuvuusdirektiivi

EU-komissio antoi heinäkuussa 2008 ehdotuksen Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi rajat ylittävissä terveydenhuollossa sovellettavista potilaiden oikeuksista

(potilaiden liikkuvuusdirektiivi) (KOM (2008) 414 lopullinen). Ehdotuksen tarkoituksena on selkiyttää potilaiden oikeuksia tilanteissa, joissa nämä hakeutuvat hoitoon toiseen EU:n jäsenvaltioon. Ehdotuksella pyritään lisäksi varmistamaan, että jokaisen jäsenvaltion terveydenhuoltojärjestelmässä on tietyt peruselementit. Ehdotukseen sisältyy useita rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyviä jäsenvaltioiden yhteistyötä koskevia säännöksiä.

Direktiiviehdotus perustuu perustamissopimuksen 95 artiklaan (Lissabonin sopimuksen myötä EU:n toiminnasta tehdyn sopimuksen 114 artikla), jonka tavoitteena on sisämarkkinoiden toteuttaminen ja toiminta. Ehdotuksen hyväksymisestä päätetään niin sanotussa tavallisessa lainsäätämisyjärjestyksessä määräenemmistöllä. Direktiiviehdotuksen käsittely on kesken. Ruotsin puheenjohtajuuskaudella joulukuun 2009 ministerineuvoston kokouksessa pyrittiin poliittiseen yhteisymmärrykseen, mutta siinä ei onnistuttu. Espanjan puheenjohtajuuskaudella keväällä 2010 direktiiviä ei ole käsitelty.

Nykyisin hoitoon hakeutumisesta on säädetty erikoissairaanhoidolain 31 a §:ssä, jonka mukaan sairaanhoitopiiriin on annettava potilaan pyynnöstä tälle ennakkolupa hakeutua sairaanhoitopiiriin kustannuksella hoitoon EU/ETA-maihin tai Sveitsiin, jos potilaalle ei voida järjestää Suomessa hoitoa säädetyissä enimmäisajoissa. Ennakkolupaa myönnettäessä on otettava huomioon potilaan senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku. Säännöksen sanamuoto vastaa pitkälti sosiaaliturvan koordinoitiasetuksessa säädettyä. Sairausvakuutuslain 2 luvun 6 §:ssä on säädetty ulkomailla annetun hoidon kustannusten korvaamisesta. Muissa EU/ETA maissa tai Sveitsissä annettu sairaanhoito korvataan tietyin edellytyksin samoin perustein kuin Suomessa annettu hoito ja enintään siihen määrään saakka mihin Suomessa annettu hoito olisi korvattu. Vuoden 2008 alusta voimaan tulleen sairausvakuutuslain muutoksen myötä sairaanhoitopiirit ja kuntien tai kuntayhtymien terveyskeskukset voivat saada korvauksen järjestämistään ja kustantamistaan sairaanhoitopalveluista, joita on järjestetty EU-lainsäädännön tai muun Suomen tekemän sosiaaliturva- tai sairaanhoito-

sopimuksen perusteella (SVL 15 luku, 16 a §). Korvaukseen on oikeus silloin, kun hoito on annettu henkilölle, joka ei ole Suomessa vakuutettu. EU-lainsäädännön perusteella Suomen sosiaaliturvaan kuuluvien osalta valtion korvausta ei makseta.

Direktiivin myötä hoitoon hakeutumisen toiseen jäsenvaltioon voi olettaa lisääntyvän. Ehdotuksen lähtökohtana on, että potilas saa muussa EU-maassa hankkimastaan hoidosta saman korvauksen kuin hän olisi saanut kotimaassa annetusta hoidosta. Direktiivi ei siten välttämättä lisäisi Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksia, mutta kustannukset voisivat kohdentua järjestelmän sisällä eri tavalla kuin nykyisin (valtio vs. kunta). Kustannukset voivat lisääntyä jos hoito toisessa jäsenvaltiossa on kalliimpaa kuin Suomessa ja jos direktiiviä tulkitaan siten, ettei ulkomailla hankitusta hoidosta saa koitua potilaalle enempää kustannuksia kuin kotimaisesta kunnan järjestämästä hoidosta. Kustannuksiin vaikuttavat myös direktiivissä tehtävät ratkaisut lääkkeiden ja matkakorvausten suhteen. Direktiivin kansallinen täytäntöönpano ehdotetussa muodossaan aiheuttaisi hallinnollisia lisäkustannuksia. Taloudellisten vaikutusten tarkempi arviointi on mahdollista vasta, kun direktiivin sisältö selkiytyy käsittelyn kuluessa.

Direktiiviä sovelletaan ehdotuksen mukaan kaikkeen terveydenhuoltoon riippumatta siitä, miten se on järjestetty, tarjottu tai rahoitettu, tai onko se julkista tai yksityistä. Tämä koskee paitsi potilaan hankkimaa hoitoa ja sen korvaamista, myös terveydenhuoltojärjestelmille asetettuja vaatimuksia sekä jäsenvaltioiden yhteistyötä. Korvaus maksettaisiin potilaalle kuitenkin lakisääteisestä eli ”julkisesta” sosiaaliturvajärjestelmästä. Tulkintaongelmia lisää se, että julkinen ja yksityinen terveydenhuolto ymmärretään eri tavalla eri maissa. Julkinen/yksityinen -rajanvetoon liittyy Suomessa kansallisesti ratkaistavaksi tuleva kysymys siitä, mikä taho korvaa direktiivin mukaisesti toisessa EU-maassa hankitun hoidon (valtio vai potilaan kotikunta). Tällä hetkellä potilaan kotikunta vastaa sosiaaliturvan koordinoitiasetuksen mukaisen hoitoon hakeutumisen kustannuksista. Jos hoitoon hakeudutaan Suomen ulkopuolella, kustannuksista vastaa valtio. Kansaneläkelai-

tos puolestaan korvaa sairausvakuutuksesta oikeuskäytäntöön perustuvaa ilman ennakkolupaa tapahtuvaa hoitoon hakeutumista. EU-tuomioistuimen oikeuskäytännön suunta on ollut potilaan oikeuksia korostava. Tämän perusteella näyttäisi siltä, että kansallisesti olisi valittava ratkaisu, joka on potilaalle edullisin. Käytännössä tämä tarkoittanee kunnan järjestämää terveydenhuoltoa vastaavaa korvaustasoa.

2.3 Nykytilan arviointi

2.3.1 Perusterveydenhuollon nykytilan arviointi

OECD:n maavertailussa 2009 ennaltaehkäisevää toimintaa arvioitiin seulontojen ja rokotusten kattavuudella ja vertailussa Suomi sijoittui hyvin. Väestömme sairastaa kuitenkin vertailumaiden keskitasoa enemmän sydän- ja verisuonisairauksia sekä diabetesta ja esimerkiksi kohonneen verenpaineen hoidossa Suomessa on huomattavasti enemmän sairaalahoitajaksoja kuin keskimäärin OECD-maissa. Näiden hoidossa kroonisten tautien ehkäisyssä ja hoidossa emme ole menestyneet toivomallamme tavalla. Ehkäisevää työtä ei ole kehitetty riittävän määrätietoisesti, minkä vuoksi erityis- ja erikoistason korjaavaan toimintaan joudutaan käyttämään runsaasti voimavaroja. Päivystyksen keskittäminen, puhelinpalvelun ja työnjaon kehittäminen ovat parantaneet terveyskeskusten toimivuutta.

Erityisenä ongelmana OECD-arviossa nousee esille suhteellinen tuloryhmien välinen epätasa-arvo pääsyssä yleislääkärille, henkilöstövajaus joillakin alueilla ja pitkät jonotusajat terveyskeskuksissa.

Hoitotakuun kritiikki perusterveydenhuollossa on kohdistunut siihen, että palvelujärjestelmän painopiste kohdentuu enemmän kysynnän mukaan (puoli-akuutteihin vaivoihin) kuin tarpeen mukaan (krooniset sairaudet) ja on epäilty ehkäisevän työn jäävän vähemmälle. Lisäksi mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon tarve ei kirjaudu eikä tule näkyväksi hajanaisen palvelujärjestelmän vuoksi, samoin tiedon kulku ja palvelukokonaisuuksien hallitseminen on ongelmallista. Terveyskeskus- ja sairaalapäivystyspistever-

koston keskittyessä ensihoidon voimavaroja ei ole vastaavasti kyetty lisäämään. Tehtävämäärät ovat lisääntyneet ja potilaiden kuljetusmatkat pidentyneet, mikä sitoo huomattavasti kuljetuskapasiteettia. Yksittäisen kunnan alue ja väestöpohja ovat osoittautuneet liian pieniksi ensihoidon ja sairaankuljetuksen tarkoituksenmukaiselle järjestämiselle, eikä ensihoitotoiminnan kokonaisvaltaiseen suunnitteluun ole riittänyt osaamista tai resursseja. Ensihoitoon ja sairaankuljetukseen osallistuvien tahojen lukumäärä on tällä hetkellä aivan liian suuri, jotta palveluja voitaisiin ohjata tarkoituksenmukaisella tavalla. Palveluntuottajien kanssa tehtyjen sairaankuljetus- ja ensihoitosopimusten käyttö toiminnan ohjaustyökaluina on vaikeaa. Lain-säädännössä ei ole määritelty keskeisiä ensihoito- ja sairaankuljetusjärjestelmässä käytettäviä käsitteitä. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen saatavuudessa ja tasossa on alueellisia eroja.

Hoitoon pääsyssä suurimmat ongelmat liittyvät yhteyden saantiin terveyskeskukseen. Syksyn 2009 selvityksessä terveyskeskusten hoitoon pääsystä väestöstä 57 prosenttia asui sellaisen terveyskeskuksen alueella, jossa on ajoittain ongelmia saada välitön yhteys terveyskeskukseen. Hoidon tarpeen arviointi toteutui kuitenkin poikkeuksetta 3 arkipäivän kuluessa.

Suun terveydenhuollon palvelujen alueelliset erot ovat edelleen suuret ja väestöön suhteutettuja hammashuollon käyntejä oli vuonna 2006 eniten palveluja tuottaneen sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksissa 1,4 -kertainen määrä verrattuna vähiten hammashuollon käyntejä tuottaneen sairaanhoitopiiriin terveyskeskuksiin. Erot ovat säilyneet samansuuruisina. Hoitotakuun toteutumisessa on suun terveydenhuollossa ongelmia erityisesti isoissa kaupungeissa sekä terveyskeskuksissa, jotka kärsivät työvoimapulasta. Yli kuusi kuukautta hoitoon pääsyä jonnottaneita oli terveyskeskuksissa lokakuussa 2009 noin 7600 henkilöä.

Terveyskeskuksilla on erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomessa vaikeuksia rekrytoida lääkäreitä ja hammaslääkäreitä sekä erityistyöntekijöitä (puheterapeutit, psykologit). Hoitotakuun toteutumisessa suurimmat vaikeudet ovat olleet suun terveydenhuollossa. Henki-

löstövaje näkyy myös lääkäripalvelujen saatavuuden vaikeutumisena.

Ylihoitajien ja vastaavissa tehtävissä toimivien hoitotyön johtajien vähentäminen on johtanut vastuun pirstoutumiseen hoitotyön ammatillisesta toiminnasta sekä koordinaation heikentymiseen hoitotyön kokonaisuudesta, erityisesti perusterveydenhuollossa. Kokonaisvastuun puuttuminen hoitotyössä vaikeuttaa suunnitelmallista ja pitkäjänteistä kehittämistyötä, yhtenäisten hoitotyön käytäntöjen kehittämistä ja levittämistä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyössä, potilasturvallisuuden edellyttämää hoitohenkilöstön ohjausta ja valvontaa sekä hoitohenkilöstön työhyvinvoinnin ja ammatistaan sitoutumisen edistämistä. Tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveysalalla tai hoitotyössä vaikutusmahdollisuuksia ei yleensä pidetä kovin hyvinä, mutta oikeudenmukaisena koettu johtaminen ja vaikutusmahdollisuudet omassa työssä ovat tärkeitä työn hallinnan ja kuormittavana kokemisen kannalta sekä tukevat työntekijän sitoutumista organisaatioon ja ammatistaan. Näistä syistä terveydenhuollon toimintayksikön johtamisjärjestelmän eri tasoilla perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on oltava hoitotyön johtajia, jotka johtavat ja kehittävät hoitotyötä toimintayksikön kokonaisstrategian ja perustehtävän mukaisesti.

Kuntien ja terveyskeskusten välillä on suuria eroja terveyden edistämisen toteuttamisessa. Suurissa terveyskeskuksissa se on pienä ja keskisuuria useammin suunnitelmallisesti järjestettyä ja johdettua toimintaa, mutta myös niiden välillä on eroja. Valtaosassa terveyskeskuksista se on kuitenkin sattumanvaraista ja painottuu yksittäisille osa-alueille. Yhteistoiminta-alueiden kunnissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kysymykset ovat epäselviä huomattavasti useammin kuin itsenäisissä kunnissa, vastuukysymyksistä ja organisoitumista ei ole päätetty, eikä ole lainkaan sovittu poikkihallinnollisen yhteistyön järjestämisestä peruskunnan kanssa. Tällöin sosiaali- ja terveydenhuollolla ei ole yhteyksiä kunnan muuhun toimintaan, eikä laaja-alaiselle, sektorirajat ylittävälle yhteistyölle ole edellytyksiä.

Potilaan ja asiakkaan näkökulmasta organisaatioiden rajapinnat tuottavat ongelmia. Pe-

rusterveidenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastakkainasettelu näkyy esimerkiksi sairaanhoitopiirien sakkopäivämaksuina peruskunnille, kun potilaan siirto erikoissairaanhoidosta terveyskeskusten vuodeosastolle viivästyy. Sama rajapintaongelma syntyy, kun terveyskeskuksen akuuttiosastolta etsitään vanhukselle tai päihdeasiakkaalle jatkohoitoa, asumispalvelua tai kotipalvelua. Toiminnallista, alueellista integraatiota on pyritty edistämään palvelujen alueellisen järjestämissuunnitelman kautta. Nämä suunnitelmat on nyt ensimmäisen kerran laadittu sairaanhoitopiirien ja kuntien yhteistyönä. Sellaiseen toiminnalliseen integraatioon ei kuitenkaan ole päästy, jota järjestämissuunnitelmalla tavoiteltiin.

2.3.2 Erikoissairaanhoidon nykytilan arviointi

OECD:n maavertailun 2009 mukaan Suomi on pystynyt kohtuullisin kustannuksin tuottamaan vaikuttavaa sairaanhoitoa. Esimerkiksi aivohalvauksien hoito on vertailumaiden huippuluokkaa, sydäninfarktien ja tarkasteltujen syöpien osalta Suomi on myös keskimääräistä paremmalla tasolla. Vuodepaikkojen määrä väestöön suhteutettuna on OECD:n keskiarvoa, mutta huomattavasti suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. Sairaalahoitojaksoja väestöön suhteutettuna Suomessa on huomattavasti OECD:n keskiarvoa enemmän. Sairaalahoitopainotteisuutta on syytä pitää ongelmana.

Stakes on vuonna 2007 julkaisemassaan tutkimuksessa selvittänyt Pohjoismaiden sairaaloiden tuottavuutta. Tutkimuksen keskeinen tulos oli se, että suomalaiset sairaalat ovat Pohjoismaiden tuottavimpia. Huonoimmin tuottavat suomalaissairaalat olivat suunnilleen yhtä hyviä kuin esimerkiksi parhaiten tuottavat norjalaissairaalat. Palkkaerot oli eliminoitu tässä tutkimuksessa.

OECD:n tekemissä kahdessa Suomen terveydenhuollon arvioinnissa (v. 1998 ja v. 2005) kiinnitettiin huomiota erikoissairaanhoidon hajautuneisuuteen. Suomessa tuotetaan melko pienillä väestöpohjilla vaativaa erikoissairaanhoidoa. Pienimpien sairaanhoitopiirien väestöpohja on alle 70 000 asukasta,

kun sairaanhoitopiirien keskimääräinen väestöpohja on noin 180 000 asukasta.

Kaikkein vaativimmat hoidot on Suomessa asetuksella keskitetty harvempaan kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Näiden hoitojen kokonaisvolyyymi hoidettujen potilaiden määrästä on vain muutaman promillen luokkaa ja kustannukset alle viisi prosenttia erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksista. Kaikkein vaativimman hoidon lisäksi suomalaiseseen sairaalajärjestelmään kuuluu, että hoitoja tai tutkimuksia keskitetään myös alueellisesti. Valtioneuvoston asetuksen mukaiset suunnitelmat tällaisista, alueellisesti keskitetävistä hoidoista laadittiin ensimmäisen kerran kesäkuussa 2007. Alustavan analyysin perusteella voidaan todeta, että ne ovat vielä puutteellisia tai keskeneräisiä.

Erikoissairaanhoidon hajautumisen lisäksi OECD -arvioissa on kritisoitu potilaan valinnanmahdollisuuksien vähäisyyttä suomalaisessa terveydenhoitojärjestelmässä. Sairaanhoitopiirit ovat kuitenkin viime vuosina solmineet keskenään sopimuksia, joiden perusteella potilas voi vapaasti hakeutua hoitoon naapurisairaanhoitopiirin yksiköihin. Tällainen käytäntö on ollut toistakymmentä vuotta Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien välillä. Syksyllä 2007 vastaavan sopimuksen ovat tehneet muutkin Pirkanmaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit, Kanta-Hämettä lukuun ottamatta.

Vaikka erikoissairaanhoidolaissa erikseen todetaan, että potilaalla tulee olla mahdollisuus valita hoitava lääkäriinsä, edellyttäen, että se yksikön työjärjestelyjen perusteella on mahdollista, ovat tosiasialliset hoitopaikan ja hoitavan lääkärin valinnan mahdollisuudet jääneet erikoissairaanhoidossa vähäisiksi. Hajautuneisuuden ja valinnan mahdollisuuksien vähäisyyden lisäksi, OECD -arvioiden mukaan, erikoissairaanhoidon keskeisiä ongelmia ovat olleet yksiköiden ohjauksen vähäisyys, kannusteiden puuttuminen toiminnasta lähes kokonaan ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon puutteellinen yhteistoiminta eräillä alueilla Suomessa.

OECD:n arviossa kiinnitettiin huomioita myös hoitoon pääsyn hitauteen erityisesti elektiivisessä leikkaustoiminnassa. Hoitoon pääsy kiireettömissä hoidoissa on kuitenkin merkittävästi parantunut maaliskuussa 2005

voimaan tulleiden erikoissairaanhoidolain ja kansanterveyslain muutosten myötä. Vaikka läheskään kaikki sairaanhoitopiirit eivät vielä ole saaneet lyhennettyä kiireettömän hoidon jonojaan alle kuuden kuukauden mittaisiksi, niin kuin lakimuutoksissa edellytettiin, on paljon hyvää kehitystä tapahtunut. Kun lokakuussa 2002 yli kuusi kuukautta hoitoa jonottaneita oli 66 000, vastaava luku joulukuun lopussa 2009 oli 3750. Leikkaushoitoon pääsyn ohella ongelmia on paikoin jonkin verran ollut myös sairaaloiden poliklinikoille pääsyssä, missä pisimmät jonotusajat ensimmäiselle käynnille saattavat olla jopa useiden kuukausien mittaisia. THL:n selvityksen mukaan joulukuun 2009 lopussa kolme prosenttia niistä potilaista, jotka oli lähetetty erikoissairaanhoidon ei-kiireellisellä läheteellä, oli odottanut ensimmäistä lääkärikäyntiä yli kolme kuukautta.

Psykykkisistä ongelmista kärsivän henkilön oikeus saada psykiatrasta hoitoa hoitotakuun säännösten mukaisesti on ongelmallinen, koska varsin usein häiriö vaatii kiireellistä hoitoa. Potilaita ei laiteta jonoon, mutta heille tarjotaan vähemmän erikoissairaanhoidon tasoista hoitoa kuin olisi optimaalista, toisin sanoen hoito ei ole hoitosuosituksen mukaista. Puhutaan ns. piilojonoista. Lasten kohdalla kasvatus- ja perheneuvolat eivät kerää jonotietoja, koska ne eivät ole erikoissairaanhoidoa.

2.3.3 Kunnallisen palvelurakenteen muutos

Yhteiskunnan muuttumisen seurauksena hallinnolliset, kuten kuntien rajat, ovat menettäneet merkitystään. Kuntien yhteistyö on lisääntynyt vapaaehtoisuuspohjalta, mutta myös monet tehtävät edellyttävät kunnilta yhteistyötä. Kunta- ja palvelurakennemuutuksen (Paras -hanke) johdosta kuntien tehtäviä on siirtymässä niiden muodostamille yhteistyöalueille. Toisaalta kotikunnan merkitys on vähentynyt muutenkin. Ihmisten asuminen, työ ja vapaa-aika pirstoutuu usein yhä useamman kunnan alueelle.

Kunnan rajat muodostavat maan hallinnollisen perusjaotuksen. Vaikka toiminnallisesti kuntien rajat ovat helposti ylitettävissä ja nii-

den vaikutus on hämärtynt, kunnan rajat eivät ole menettäneet oikeudellista merkitystään kunnan keskeisimmissä tehtävissä. Ne osoittavat kunnan tehtävää koskevan vastuun laajuuden ja ihmisten oikeudet palvelujen käyttäjänä ja niihin vaikuttajana. Kunnan poliittisen tehtävän kannalta kunnat muodostavat omavastuisia yhteisöjä, jonka toimintaa tulisi johtaa sen jäsenten valitsema valtuusto. Tämä kunnallisen itsehallinnon perusta on heikentynyt vallan siirtyessä yli kuntarajojen kuntien yhteistyöelimille. Kuntien tulisi toimia paikallisesti, ne ovat silti tulleet yhä riippuvaisemmiksi muista kunnista ja toimijoista. Yhteistyön lisääntymisestä huolimatta, kunnan toimintaan, itseään ja elinympäristöään koskevaan päätöksentekoon sekä toimintaan pääsevät vaikuttamaan vain kunnan jäsenet. Demokraattiset vaikutuskeinot ovat mahdollisia vain kotikunnassa, vaikka henkilön tosiasiallinen elinympäristö olisi kunnan rajoja laajempi.

Myös keskeisimmät hyvinvointipalvelut määräytyvät kunnan rajojen mukaan. Kunta on velvollinen järjestämään julkisia palveluja vain asukkailleen ja alueensa tarpeen mukaisesti. Toisen kunnan palvelut eivät lähtökohdaisesti ole mahdollisia, vaikka ne olisivat esimerkiksi paremmin saatavilla tai laadukkaampia. Perusoikeudet ja kunnan rajat ovat siten toisinaan ristiriidassa keskenään. Nyt palveluja koskevien hallinnollisten uudistusten, kuten Paras -hanke ja palvelusetelijärjestelmä, myötä palvelut tulevat olemaan vähemmän sidoksissa kuntien rajoihin. Samalla kuitenkin palveluja koskeva päätöksenteko myös etäännyttäväksi kuntalaisista ja heidän suorista vaikutusmahdollisuuksista. Lainsäädännössä kunnan alueen muodostumista koskevat kriteerit ovat olleet niukkoja ja ne ovat keskittyneet vain kuntajaon muuttamisen edellytyksiin. Kunnan keskeisimpiä elementtejä ovat rajoilla määrätty alue ja siellä oleva väestö. Kunnan on tarkoitettu toimivan omavastuisena yhteisönä ensisijaisesti asukkaidensa ja alueensa hyvinvoinnin edistämiseksi. Kunnan nykyisten tehtävien näkökulmasta kuntien rajojen tulisi sopeutua tahtotiloihin kehitykseen ja muodostaa todellisia asukkaattensa yhteisöjä. Tällöin ihmisten vaikutusmahdollisuudet toteutuisivat paremmin, voitaisiin luopua päällekkäisistä

hallintojärjestelyistä ja kunnan vastuu olisi selkeästi määriteltävissä. Toisena vaihtoehtona olisi luoda seutu- tai maakuntapohjainen ylempi itsehallintojärjestelmä ja kehittää sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluja ja elinympäristöä koskevia vaikutusmahdollisuuksia.

2.3.4 Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen

Koulutuskorvauksen jakoperusteet on koettu pääosin toimiviksi, mutta korvauksen tasoa on pidetty riittämättömänä. Sekä hammaslääkäri- että lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja on 2000-luvulla lisätty huomattavasti. Vaikka opetukseen suunnattu valtion korvaus on noussut ja tulee edelleen nousemaan vuoteen 2011 mennessä viidellä miljoonalla eurolla vuodessa, valtion korvaus koulutustoimintaan tulee lisääntyneistä koulutusmääristä johtuen pysymään edelleen alhaisempana kuin toiminnasta aiheutuvat terveydenhuoltojärjestelmän kustannukset. Stakes on selvittänyt opetuksen ja tutkimuksen terveydenhuollon yksiköille aiheuttamia kustannuksia viimeksi vuonna 2008 julkaistussa raportissa. Tulokset perustuvat vuosien 2004–2006 tietoihin. Selvityksen mukaan koulutus- ja tutkimustoiminnan korvaukset olivat vuonna 2006 yhteensä noin 91 miljoonaa euroa alhaisemmat kuin niiden terveydenhuollon yksiköille aiheuttamat kustannukset. Valtion korvaus opetukseen vuonna 2010 oli 104,1 miljoonaa euroa ja tutkimuskorvaus 40 miljoonaa euroa. Valtion terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille on vuodesta 1997 vuoteen 2010 mennessä vähentynyt noin 60 miljoonasta eurosta noin 40 miljoonaan euroon. Samaan aikaan klininen tutkimustoiminta on lisääntynyt merkittävästi.

Useat työryhmät ja selvityshenkilöt ovat arvioineet terveystieteellistä tutkimustoimintaa ja tehneet esityksiä järjestelmän kehittämiseksi 2000-luvulla.

Valtiontalouden tarkastusvirasto on selvittänyt vuonna 2005 terveystieteellisen tutki-

muksen erityisvaltionosuuden käyttö- ja jakoperusteita (Tarkastuskertomus 108/2005). Raportin keskeiset kritiikin kohteet olivat tutkimusrahoituksen ohjauksen vähäisyys tai puuttuminen kokonaan sekä rahankäytön läpinäkyvyyden ja yhtenäisen tutkimusstrategian puuttuminen.

Rahoituksen saajat ovat kokeneet tutkimusrahoituksen keskeiseksi puutteeksi rahoituksen tason riittämättömyyden. Valtaosa rahoituksen saajista pitää julkaisupisteisiin perustuvaa rahanjakojärjestelmää edelleen ajankohtaisena, vaikkakin sitä kohtaan on esitetty myös kritiikkiä. Eri alojen tutkimus asettuu täysin eri asemaan riippuen siitä, minkälaiset pisteet alan parhaissa lehdissä julkaistu tutkimus tuottaa.

Vuonna 2006 raporttinsa (STM, selvityksiä 2006:34) jättänyt EVO- tutkimusrahoituksen jakoperusteiden uudistamista pohtinut työryhmä esitti muun muassa terveystieteellisen tutkimuksen kansallisen neuvottelukunnan perustamista. Neuvottelukunnan tehtävänä olisi kansallisen yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimuksen strategian luominen ja tulossopimusten tekeminen erityisvastuualueiden tutkimuskeskusten kanssa. Käytettävissä oleva valtion korvaus tutkimukseen jaettaisiin työryhmän ehdotuksen mukaan tutkimustyön tuloksellisuuden perusteella. Työryhmä ehdotti asteittaista luopumista julkaisupistejärjestelmästä ja uusien, tutkimustyön tuloksellisuutta paremmin kuvaavien mittareiden käyttöönottoa. Erityisvastuualueiden tutkimuskeskukset jakaisivat tutkimusrahoituksen kokonaisuudessaan hakemusten perusteella. Kolmannes saadusta rahoituksesta maksettaisiin tutkimustoiminnan edellytysten ylläpitoon ja kehittämiseen sille yksikölle, missä tutkimus ensisijaisesti suoritetaan.

2.3.5 Terveystietojen rekisterinpidon arviointi

Julkinen terveydenhuolto jakautuu lainsäädännössä kahdeksi eri toiminnaksi, kansanterveyslain tarkoittamaksi kansanterveystyöksi ja erikoissairaanhoitolain tarkoittamaksi erikoissairaanhoidoksi. Kansanterveystyöstä huolehtii kansanterveyslain 5 §:n

mukaan kunta. Tätä tehtävää varten kunnalla tulee lain 15 §:n mukaan olla terveyskeskus. Erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin perustein vastaa alueellaan erikoissairaanhoitolain 10 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Potilaan tietojen käsittelyn tasolla kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon kahtiajako näkyy siinä, että potilaan hoidon dokumentaatio jakautuu vähintään kahdeksi eri potilasrekisteriksi. Näiden rekisterien välillä tietoa saadaan luovuttaa vain potilaan suostumuksella. Pääsääntönä suostumuksen antamisessa on kirjallinen suostumus. Suostumusmenettely koetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä käytännössä monimutkaisena, potilaan tosiasiallista hoitamista hidastavana ja mahdollisesti jopa potilasturvallisuutta vaarantavana, silloin kun potilaan hoidon kannalta välttämätöntä tietoa ei ole käytettävissä. Kun potilaan sairauden hoito on julkisella sektorilla jaettu hoidettavaksi kahdessa eri organisaatiossa, ovat potilaan hoitoon liittyvät tiedot tarpeellisia molemmissa organisaatioissa, hoitoa toteutettaessa.

Sähköisten potilastietojen valtakunnallinen arkistointipalvelu helpottaa ja nopeuttaa potilastietojen luovuttamista terveydenhuollon palvelujen antajien välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tarvitaan järjestelmän valmistuttuakin tietojen luovutukseen edelleen potilaan suostumus, jos luovutus ei perustu nimenomaiseen lain säännökseen.

2.3.6 Ulkoistamismiskehitys

Suomeen on syntynyt laaja yksityisten yhtiöiden hallinnoima sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman välitys- ja vuokraus toiminta. Terveystietojen palvelutuotantoa myös ulkoistetaan. Perusteena sekä henkilöstön vuokrauksessa, että terveyspalvelujen ulkoistamisessa on käytännössä ollut julkisten palveluntuottajien hankaluudet rekrytoida avainhenkilöstöä, erityisesti lääkäreitä. Aina-kin julkisesti on vain vähän käytetty palvelujen tehostamista, kehittämistä tai taloudellisia säästöjä ulkoistamisen perusteina.

Viime aikoina esimerkkejä ulkoistetuista palveluista ovat muun muassa pääkaupunkiseudun lääkäripäivystyksen sekä joidenkin isompien kaupunkien terveysasemien tuotannon kilpailuttamiset. Suurin osa palvelujen ulkoistuksista on kuitenkin toteutettu pienissä ja syrjäisemmissä terveyskeskuksissa. Palvelukokonaisuuksien hankinta kunnissa kasvaa tällä hetkellä hoivapalveluissa ja suuren terveydenhuollossa. Nämä toimialueet tulevat todennäköisesti kasvamaan myös jatkossa.

Erikoissairaanhoidossa hankinnat on toteutettu ostopalveluiden kilpailuttamisina tuotteittain. Tavallisia ostettuja palveluja ovat olleet muun muassa kaihileikkaukset sekä tekoniveloperaatiot. Myös diagnostisia tutkimuksia kuten mahasuolikanavan tähtystystutkimuksia on hankittu eri tahoilla.

Kunnat ovat muuttaneet omaa palvelutuotantoaan kunnalliseksi liikelaitoksiksi muun muassa työterveyshuollon palveluissa sekä diagnostisissa palveluissa. Joitain yhteisyrityksiä työterveyspalveluihin tai perusterveydenhuollon sairaanhoitopalveluihin on myös perustettu. Näistä ei vielä ole käytettävissä toiminnallisia tai taloudellisia arvioita.

Henkilöstön rekrytointihaastetta on pyritty kuntasektorilla ratkaisemaan muun muassa lyhytaikaisten sijaisten hankintaan kohdistuvilla kuntien yhteisratkaisulla. Koulutusmäärien nostamisella on kuitenkin pyritty vaikuttamaan tilanteeseen ja lääkärikoulutuksen tuntuva lisäys näkyikin jo sairaaloissa helpottavana erikoistuvien lääkäreiden saamisena. Lähivuosina lääkärikoulutuksen lisäyksen arvioidaan vaikuttavan myös terveyskeskuksiin. Kokonaisten terveyskeskusten tai yksittäisten terveysasemien toiminnan ulkoistaminen työvoiman vuokrausyrityksille jatkuu kuitenkin vielä lähivuosina, mikäli julkisen sektorin kilpailukyky työvoimasta ei kohtene.

Markkinoiden kehityksen johdosta yhteiskunnallisen ohjauksen merkitys lisääntyy. Hankintaosaamisen edellytyksiä tulee pystyä vahvistamaan ja toisaalta julkisen sektorin tulee pystyä vastaamaan työvoiman rekrytointihaasteeseen. Riittävän suurten järjestävävastuun kantajien ja työnantajien syntyminen on välttämätöntä.

3 Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset

3.1 Tavoitteet

3.1.1 Johdanto

Terveydenhuollon tehtävänä on tuottaa terveyttä ja terveydenhuollon toiminnan lähtökohtana on auttamisen eetos. Terveydenhuollon palvelujärjestelmälle asetetut vaatimukset kasvavat lähivuosina voimakkaasti. Väestön kasvu ja ikääntyminen lisäävät palvelujen kysyntää ja toisaalta uudet hoitotavat mahdollistavat entistä vaikeampien sairauksien tehokkaat hoidot. Toisaalta käytettävissä oleva työvoima vähenee jo lähitulevaisuudessa. Yhteiskunnan taloudelliset mahdollisuudet tuottaa palveluja vaikuttavat myös terveyspalvelujen järjestämiseen.

Esityksen tavoitteena on yhdistää kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain palvelujen sisältöä ja toimintaa koskevat säännökset, jotta vahvistettaisiin asiakaskeskeistä terveydenhuoltoa. Tavoitteena on madaltaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä raja-aitoja ja edistää terveydenhuollon eri alojen yhteistyötä alueellisesti. Terveydenhuollon palvelurakenteita ja järjestämistä koskevat säännökset jäävät toistaiseksi voimaan kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoitolakiin ja muihin terveydenhuollon lakeihin. Määräaikaisessa puitelaisissa on lisäksi yhteistoiminta-alueita koskevat säännökset, jotka vaikuttavat myös terveydenhuollon palvelurakenteisiin.

Terveydenhuoltolaki on tarpeen kuitenkin tehdä itsenäisenä lainsäädännöllisenä ja toiminnallisena muutoksena, jotta hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelujen kehittäminen mahdollistuisi. Myös asiakaskeskeys vahvistuisi palvelujen sisältöjä ja toimintoja uudistamalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus on kesken ja myös palvelurakenteiden uudistaminen on tulevaisuudessa välttämätöntä, koska kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain voimaantulon jälkeisenä aikana sekä toimintaympäristö että terveydenhuollon toimintatavat ovat muuttuneet merkittävästi. Palvelurakenteen olisi oltava kattava ja taloudellinen ja sen olisi mahdollistettava voimavarojen tehokas

käyttö. Kuntien yhteistoimintaa tulisi tehostaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Terveysterveystoimintalain tavoitteena on kuitenkin vahvistaa eri tahojen yhteistoimintaa, vaikkei varsinaisia palvelurakenteita vielä tässä vaiheessa muutettaisi. Yhteistoiminnalla olisi mahdollista parantaa toiminnan tuottavuutta, aikaansaada nykyistä asiakaskeisempi palvelukokonaisuus sekä mahdollistaa tietoteknologian tehokas hyödyntäminen.

Terveyspalvelujen järjestäminen kuuluu kuntien ensisijaisiin tehtäviin. Valtiolla kuuluu vastuu terveystoimintapolitiikan ohjauksesta ja yleisistä toimintaedellytyksistä. Valtio sääntelee lainsäädännöllä kuntien ja kuntayhtymien tehtäviä sekä osallistuu myös toiminnan rahoitukseen valtionosuuksin.

Terveysterveystoimintolun keskeisiä kysymyksiä ovat, miten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja perusterveysterveystoimintolun toimintaedellytyksiä parannetaan nykyisestä. Mitä paremmin terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja perusterveysterveystoimintolun toimivat, sen vähemmän jouduttaisiin sijoittamaan voimavaroja erikoissairaanhoidon. Terveysterveystoimintolun edistämistyöllä vaikutetaan ihmisten elintapoihin ja vastuuseen omasta terveydestään. Terveysterveystoimintolun tavoitteena on myös varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut.

Tarkoituksenmukaista on perusterveysterveystoimintolun ja erikoissairaanhoidon perustason sekä sosiaalihuollon saattaminen lähelle toisiaan. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi riittävän vahvojen terveysterveystoimintolun tai pienten sairaalayksiköiden muodossa. Perusterveysterveystoimintolun toimintaedellytysten vahvistamisena on pidetty muun muassa perusterveysterveystoimintolun ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpää yhteistyötä esimerkiksi siten, että osa erikoissairaanhoidosta saataisiin perustasolle.

Perustasolle tuotavaa erikoissairaanhoidosta olisi esimerkiksi erikoisaloiittainen konsultointitoiminta. Näiden palvelujen tulisi olla riittävän lähellä väestöä kaikissa maan osissa. Sitä vastoin erityisosaamista vaativat toiminnot tulisi keskittää nykyistä harvempiin toimintayksiköihin. Tämä tarkoittaa myös vaativimman erikoissairaanhoidon edelleen keskittämistä erityisvastuualueilla.

Ehdotettu terveydenhuoltolaki sisältää hallitusohjelman, OECD-arvioiden ja toiminnassa muuten osoitettujen epäkohtien perusteella tehtäviä palvelujen sisältöä ja toimintaa koskevia uudistuksia. Perusterveysterveystoimintolun ja erikoissairaanhoidon tulisi tulevaisuudessa saada entistä tiiviimpään yhteistyöhön ja työnjakoon. Vaativimpia palveluja olisi syytä keskittää nykyistä enemmän, mikä merkitsisi nykyistä selvästi tiiviimpää erityisvastuualueyhteistyötä. Kunta- ja palvelurakennehankkeen (PARAS-hanke) yhteydessä tehtävä kehittämissuunnitelma sekä kansallisen terveysterveystoimintolun ja sosiaaliprojektin tulokset on hyödynnetty terveydenhuoltolaissa.

Terveysterveystoimintolun ja hyvinvoinnin edistäminen pitäisi sisällyttää osaksi kunnan kaikkia päätöksentekoa ja myös osaksi kaikkia hoitoprosesseja. Terveysterveystoimintolun luotaisiin välineet siihen, miten seurataan kuntien tai kuntayhtymien väestön terveyttä sekä vahvistetaan kuntien ja sairaanhoitopiirien yhteistyötä ja sairaanhoitopiirien tukea alueellisessa suunnittelussa.

Terveysterveystoimintolun rahoitetaan Suomessa pääosin verovaroin. Bruttokansantuotetuoteosuudella mitaten terveydenhuollon kustannukset ovat olleet meillä alhaiset, kaksi - kolme prosenttiyksikköä alhaisemmat kuin Pohjoismaisissa naapureissamme. Silti terveydenhuoltomme tuottaa melko paljon palveluja. Tämä koskee erityisesti erikoissairaanhoidosta. Terveysterveystoimintolun työskenneiden lääkäreiden määrä vastaa Suomessa OECD-maiden keskitasoa, mutta sairaanhoitajien määrä on selvästi OECD-maiden keskitasoa suurempi.

Kuntien ja kuntayhtymien omistamat terveysterveystoimintolun ja sairaalat tuottavat suurimman osan Suomessa tuotetuista terveysterveystoimintolusta. Yksityinen sektori täydentää kunnallista palvelujärjestelmää tuottamalla sekä työterveyshuollon, perusterveysterveystoimintolun ja erikoissairaanhoidon palveluja.

Väestörakenne on parhaillaan voimakkaassa muutoksessa. Ikääntyneen väestöosan suhteellinen osuus kasvaa nopeasti. Tämä merkitsee kroonisesti sairaiden määrän lisääntymistä ja terveysterveystoimintolun kysynnän kasvua. Samalla kuitenkin entistä suurempi osa väestöstä on aikaisempaa terveempää. Odotettavissa oleva elinikä pitenee ja monet

sairaudet harvinaistuvat. Yhä suurempi osa suomalaisista on ylipainoisia. Tämä yhdessä viime vuosina nopeasti lisääntyneen päihteiden käytön kanssa tulee lähivuosina lisäämään terveyspalvelujen tarvetta. Terveiden edistämisen, ennaltaehkäisyyn ja terveystasvatuksen keinoin voidaan hillitä odotettavissa olevaa terveyspalvelujen tarpeen kasvua. Pitkälajanteinen, eurooppalaisittain hyvin onnistunut tupakan vastustamistyö on hyvä esimerkki tästä.

Kunnat on kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain nojalla velvoitettu järjestämään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Vaikka järjestämisvastuussa molemmissa tapauksissa ovat kunnat, on erillinen lainsäädäntö merkinnyt käytännössä sitä, että nämä kaksi sektoria toimivat toisistaan etäällä, ilman kiinteää kytkentää. Vaikka hoitoketjuja on luotu saumattomien palvelujen aikaansaamiseksi, päällekkäisyyksiä on edelleen ja siirtyessään sektorilta toiselle potilas joutuu usein väliinputoajan asemaan. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä on haitannut myös tietojärjestelmien yhteensopimattomuus ja eri rekisterin pitäjät.

Terveyskeskusten toiminnasta lähes kolmannes suuntautuu uusimpien tutkimustulosten mukaan ennaltaehkäisevään työhön. Erikoissairaanhoito on ennaltaehkäisevän työn alueella keskittynyt lähinnä sekundaaripreventioon. Tästä huolimatta tarvitaan entistä systemaattisempaa terveyden edistämistoimintaa paitsi terveydenhuollossa, myös muiden hyvinvointipalvelujen järjestämistä suunniteltaessa.

Terveidenhuoltolain perusajatus on asiakaskeksisyys. Väestön valinnanmahdollisuuksia terveydenhuollossa on tarkoitus lisätä. Asiakkaan ja potilaan pitää olla palvelujen keskiössä siten, että palvelut ja niihin liittyvät toiminnot organisoidaan siten, että asiakkaan ja potilaan lääketieteelliset ja hamma-lääketieteelliset tarpeet ovat lähtökohtana. Asiakkaan ja potilaan pitäisi olla selvillä hantä koskevasta hoito- ja palveluketjuista ja hantellä pitäisi olla tosiasiallinen mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan palveluketjuunsa. Terveidenhuoltolaki edellyttää nykykäytäntöä huomattavasti laajempaa mahdollisuutta hoitopaikan valintaan, sähköiseen asi-

ointiin sekä nykyistä sujuvampaan hoitoon pääsyyn.

Hallituksen esityksen perusajatuksena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio siten, että perusterveydenhuollon kanssa tiiviisti yhteistyötä tekevä sosiaalitoimi otetaan huomioon tässä kehityksessä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon perustason saattaminen toimimaan samoissa yksiköissä parantaa väestön mahdollisuutta saada palveluja lähellä asuinpaikkaansa. Se myös monipuolistaisi terveyskeskustoimintaa ja tekisi terveyskeskuksesta aikaisempaa houkuttelevamman työpaikan.

Terveidenhuollon vaativakin toiminta kehittyä siten, että se mahdollistaa hoidon järjestämisen kotoa käsin ilman vuodeosastohoitojaksoja. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation tarkoituksena on tukea tätä kehitystä niin, että potilas saa tarvitsemansa hoidon oikea-aikaisesti tarkoituksenmukaisimmassa hoitopaikassa, myös kotona.

Sairaanhoitopiiri ja terveyskeskusmallissa integraatio tapahtuu kahdella tasolla. Sairaanhoitopiireissä toimivat perusterveydenhuollon yksiköt, joiden tehtävänä on ensisijaisesti yhteen sovittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluja. Toisaalta erikoissairaanhoidon toimintaa sijoitetaan nykyisen perusterveydenhuollon yhteyteen tarjoamalla erikoislääkärikonsultaatioita (esimerkiksi geriatria, psykiatria, kardiologia).

Perusterveydenhuollon ja siihen toiminnallisesti liittyvän sosiaalitoimen sekä erikoissairaanhoidon integraatiosta arvioidaan saatavan sellaisia rationalisointihyötyjä, että niillä voidaan hillitä terveydenhuoltomenojen kasvupaineita, jotka johtuvat muun muassa lisääntyvästä palvelujen kysynnästä. Vaativimman erikoissairaanhoidon nykyistä pidemmälle menevästä keskittämisestä erityisvastuualueittain arvioidaan saatavan hyötyjä parantuneen laadun ja nykyistä hioutuneempien prosessien muodossa.

Tavoitteena on luoda kattava, tasapuolinen ja asianmukainen ensihoitojärjestelmä koko maahan siten, että ensihoitopalvelu muodostaisi alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden ja saumattoman palveluketjun sairaaloi-

den päivystystoimintojen kanssa. Nykyistä suurempi väestöpohja ja maantieteellinen alue mahdollistaisivat toiminnan ohjauksen ja kokonaisvaltaisen suunnittelun tarkoituksenmukaisella tavalla. Samalla palvelun järjestäjien vastuita ja tehtäviä on tarkoitus selkeyttää ja karsia päällekkäisiä tehtäviä.

Tavoitteena on myös määritellä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat tehtävät ja vastuunjakoa muiden kuntoutusjärjestelmän tahojen kanssa. Lisäksi tavoitteena on selkeyttää lääkinnälliseen kuntoutukseen pääsyn perusteita, jotta kuntoutuksen palveluketju erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon toimii tehokkaammin.

Yliopistotasoiseen terveystieteelliseen tutkimustoimintaan myönnettävän valtion rahoituksen korvausperiaatteita on tarkoitus muuttaa siten, että järjestelmää ohjattaisiin nykyistä tavoitteellisemmin ja suunnitelmallisemmin. Valtion korvaus koulutukseen on tarkoitus säilyttää nykyisellään.

Ehdotuksen keskeisenä peruslähdekohtana on perusterveydenhuollon vahvistaminen. Perusterveydenhuollossa tarvitaan ehkäisevien terveydenhuollon palvelujen kehittämistä kansallisten linjausten ja ohjeistusten mukaisesti. Toiminnan painopisteen siirtäminen korjaavasta toiminnasta enemmän ehkäisevään toimintaan ja terveyden edistämiseen edellyttää perusterveydenhuollon ehkäisevän työn selkeämpää normiohjausta.

Perusterveydenhuollon toimintaa vaikeuttaa myös työvoimapula ja erityisesti pula lääkäreistä ja hammaslääkäreistä. Lääkäri ja hammaslääkärikoulutusta on viime vuosina lisätty voimakkaasti. Tämä todennäköisesti helpottaa terveyskeskusten lääkäri- ja hammaslääkäripulaa lähivuosina. Työtapoja tulisi uudistaa ja terveyskeskusten työolosuhteita ja johtamista kehittää. Lääkäri-hoitaja tai hammaslääkäri-suuhygienisti työparityöskentely, väestövastuun rajaaminen nykyistä pienempiin väestöihin sekä yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen tehostaminen ovat tällaisia keinoja. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio esityksen mukaisesti tulisi vahvistamaan perusterveydenhuollon toimintaa. Perusterveydenhuollon vahvistaminen edellyttäisi myös sektorin henkilöstön lisäämistä.

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa suuremmat kuin OECD- maissa keskimäärin. Vaikka terveydenhuollon keinot vaikuttaa väestön terveyteen ovat rajalliset, on kuitenkin voitu osoittaa, että sujuva hoitoon pääsy etenkin perusterveydenhuollossa vaikuttaa väestön terveyteen. Sen vuoksi perusterveydenhuollon toimivuus on keskeinen asia pyrittäessä kaventamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja. Kysymyksessä on myös oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo. Suurin sairastavuus liittyy alempaan koulutustasoon, tulotasoon ja syrjäytymiseen sekä ikääntymiseen. Näillä väestöryhmillä ei ole mahdollisuutta työterveyshuollon tai yksityisten palvelujen käyttämiseen.

3.1.2 Suhde sosiaalihuoltoon

Kunnalliset sosiaalipalvelut ja perusterveydenhuolto ovat rakentuneet kehityshistorioitensa vuoksi omille maaperilleen, sosiaalipalvelut sosiaalihuoltolain pohjalta peruskuntien sosiaalitoimen ja perusterveydenhuolto joko peruskuntien tai kuntayhtymien järjestämien ja tuottamien palvelujen varaan.

Ehdotuksen tavoitteena on perusterveydenhuollon vahvistamisen ohella myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyön vahvistaminen. Tavoitteena on luoda saumattomia hoito- ja palvelukokonaisuuksia sosiaali- ja terveystalouden nykyistä tiiviimmän yhteen soveltamalla ja raja-aitoja poistamalla tai madaltamalla. Tavoitteena on myös mahdollisimman pitkälti yhdenmukaistaa menettelyt palveluja ja toimintatapoja organisoitaessa.

Puitelain mukaan kuntien yhteistoiminnan vahvistamiseksi kunnat voivat perustaa yhteistoiminta-alueita, jotka muodostuvat toiminnallisesta kokonaisuudesta. Puitelain tavoitteena on perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen palvelujen järjestämisvastuun siirtäminen kunnalta yhteistoiminta-alueelle, mikäli kunta ei täytä puitelain mukaista väestöpohjavaatimusta. Yhteistoiminta-alueita muodostettaessa on kuitenkin ollut havaittavissa, että erityisesti sosiaalihuollon palvelujärjestelmä on pirstaloitunut. Osa sosiaalihuollon palveluista on jätetty kuntien järjestämisvastuulle ja osa siirretty yhteistoiminta-alueille. Jos kunta siirtää vain osan sosiaalihuollon palveluista

yhteistoiminta-alueelle, sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tehtävät eriytyvät tällöin toisistaan ja sosiaalihuolto hajautuu. Hallinnolliset rajat ovat ongelmallisia asiakkaiden palvelujen sujuvan järjestämisen, kustannusten kasvun hallinnan ja tuottavuuden lisäämisen kannalta. Lisäksi sosiaalihuollon palvelujen pirstominen synnyttää päällekkäistä hallintoa. Tavoitteena kuitenkin on, että kunnissa tai yhteistoiminta-alueilla sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden. Tarkoituksena on, että määräaikaista puitelainsäädäntöä muutetaan siten, että toteutettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon eheys ja yhteys.

Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen saumaton yhteistyö on erityisen tärkeää vanhenevan väestön palvelujen, mielenterveystyön ja päihdehuollon kohdalla. Yhteistyön tarve kuitenkin korostuu myös lastensuojelun ja laajemminkin lasten, nuorten ja perheiden terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi muun muassa kasvatus- ja perheneuvonnan sekä lastenneuvoloiden palveluja tehostamalla. Asiakkaan kannalta katsottuna sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien toimivuus, palvelujen tarpeen mukainen saatavuus ja palveluketjujen saumattomuuden vaatimus ovat keskeisiä myös vammaisten henkilöiden palveluja kehitettäessä ja järjestettäessä sekä perus- että erityispalveluina. Lakiehdotuksen tavoitteena on toteuttaa perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö siten, että asiakkaan kannalta saumaton palveluketju toteutuisi eikä palvelujen välille syntyisi hallinnollisia raja-aitoja. Palvelujen saumattomuus ja potilaan ja asiakkaan oikeudet ja yhdenvertainen kohtelu tulisi turvata ehkäisevistä palveluista laitoshuoltoon. Eräs saumattomuuden keskeinen edellytys on sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisimman yhteiset tietojärjestelmät erityisesti yhteisten asiakkaiden kohdalla. Yhteistyölle edellytyksiä loisivat myös sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeellisin osin yhteiset tutkimus- ja kehittämistoiminnan alueelliset rakenteet, jota koskevia hankekohtaisia alueellisia kokeiluja sosiaali- ja terveysministeriö on rahoittanut. Myös valtakunnallisella tasolla on tehty selvitystyötä yhteisten alueellisten kehittämisrakenteiden muodostamisen pohjaksi.

3.2 Keskeiset ehdotukset

Asiakaskeskeisyyden lisäämiseksi ehdotetaan, että potilaalla olisi mahdollisuus valita hoitopaikka. Potilaan mahdollisuutta valita hoitopaikkansa laajennettaisiin portaittain. Ensi vaiheessa potilaalla olisi mahdollisuus valita terveysasema kuntansa alueella sekä kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikkö erityisvastuualueella yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Lisäksi tietyissä elämän tilanteissa henkilö voisi hakeutua muuallakin Suomessa terveyskeskukseen tai kunnalliseen erikoissairaanhoidon hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidontoteuttamiseksi. Potilaalla olisi lisäksi mahdollisuus valita häntä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. Jatkohoito olisi toteutettava siten, että potilas ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin hoitoon, aina kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista. Seuraavassa vaiheessa vuonna 2014 potilaan valinnan mahdollisuus laajenisi valtakunnalliseksi sekä terveyskeskuksen että kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön valinnan osalta. Ehdotukseen sisältyy myös potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua vahvistavia säännöksiä.

Ehdotuksessa korostuu terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveysongelmien ennaltaehkäisy. Ehdotukseen sisältyy velvoite asettaa kunnan strategisessa suunnittelussa tavoitteita kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävästä ja ongelmia ehkäisevistä toimenpiteistä ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista. Tarkoituksena on, että asukkaiden terveys- ja hyvinvointitarpeisiin vastattaisiin mahdollisimman hyvin ja että kunnan päätökset tukisivat terveellistä elinympäristöä ja asukkaiden mahdollisuuksia oman terveytensä edistämiseen.

Potilaan siirtyessä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon tai päinvastoin sekä myös hänen muuttaessa tai muutoin siirtyessä käyttämään toisen perusterveydenhuollon toimintayksikön palveluja, on hyvän hoidon ja potilasturvallisuuden kannalta tarpeen, että hoitovastuussa olevalla taholla on hyvät tie-

dot potilaan aiemmista tutkimuksista, sairauksista ja hoidoista. Tämän mahdollistamiseksi ehdotetaan, että sairaanhoitopiirin alueelle muodostettaisiin yhteinen potilastietorekisteri, jossa olisivat mukana sairaanhoitopiirin ohella kaikki sairaanhoitopiirinalueen perusterveydenhuollon yksiköt. Yhteisessä rekisterissä mukana olevien terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä voidaan luovuttaa potilastietoja nykyistä joustavammin samalla kun potilaan on edelleenkin mahdollisuus estää tietojen luovutus.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelurakenteita ja järjestämisvastuuta koskevat säännökset olisivat edelleen kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. Terveydenhuoltolaissa palvelujen ja toiminnan sisältöä koskevat uudistukset toteutettaisiin siten, että ne tukisivat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyötä ja mahdollistaisivat myös raja-aitojen madaltumista vaikka varsinaisiin palvelurakenteisiin ei vielä tässä esityksessä ole mahdollisuutta puuttua.

Terveydenhuollon, erityisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välinen yhteistyö on mahdollista, jos kunta haluaa sen toteuttaa. Terveydenhuoltolaissa ehdotetaan otettavaksi terveydenhuollon palvelujen järjestäjälle velvoite toimia yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen järjestäjien kanssa siltä osin kuin tehtävien asianmukainen hoitaminen edellyttää. Ensihoitopalvelu olisi jatkossa sairaanhoitopiirin tehtävä. Ensihoitopalvelun käsite määritellään siten, että se sisältää nykyisissä säännöksissä käytetyt käsitteet sairaankuljetus ja lääkinällinen pelastustoimi. Ensivastetoiminta sisällytettäisiin osaksi ensihoitopalvelua. Sairaanhoitopiiri suunnittelisi ja ohjaisi alueensa ensihoitojärjestelmiä toimiviksi kokonaisuuksiksi yhdessä toisaalta alueen kuntien ja toisaalta muiden erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kanssa. Alueen ensihoidon palvelutaso määriteltäisiin sairaanhoitopiirin tekemällä ensihoidon palvelutasopäätöksellä. Sairaanhoitopiireihin luodaan terveydenhuollon kenttäjohtamisjärjestelmä. Erityisvastuualueille perustettaisiin ensihoitokeskus, jonka tehtävänä olisi vastata erityisvastuualueen lääkäritasoisesta ensihoidosta, käytännön potilasohjauksesta, sosiaali- ja terveystoimen viranomaisradioverkon

aluepääkäyttötoiminnoista ja osaltaan viranomaisten kenttätietojärjestelmän ylläpidosta sekä yhteen sovittaa alueen hätäkeskuksille annettavat sosiaali- ja terveystoimen hälytysohjeet. Ensihoitokeskus suunnittelisi ja päättäisi myös alueen lääkärihelikopteritoiminna.

Ehdotuksessa täsmennetään lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämistä ja tehtäviä sekä vastuunjakoa.

Yliopistotasoiseen tieteelliseen tutkimukseen maksettavan rahoituksen perusteita ehdotetaan muutettavaksi. Sosiaali- ja terveysministeriö määritteli yhteistyössä erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan painoalueet ja tavoitteet neljäksi vuodeksi eteenpäin, minkä tarkoituksena olisi parantaa ministeriön mahdollisuuksia ohjata tutkimustoiminnan suuntaamista ja järjestelmän läpinäkyvyyttä. Sosiaali- ja terveysministeriö myöntäisi valtion rahoitusta yliopistotasoiseen terveystieteelliseen tutkimustoimintaan erityisvastuualueille, joiden perustamat yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimuksen tutkimustoimikunnat jakaisivat alueellaan tutkimushankkeille. Ministeriö päättäisi rahoituksen jakautumisesta erityisvastuualueille neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemällään päätöksellä, joka perustuisi erityisvastuualueen tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella. Erityisvastuualueen tutkimustoimikunta päättäisi alueellaan tutkimusrahoituksen myöntämisestä hakemusten perusteella tutkimushankkeille.

4 Esityksen vaikutukset

4.1 Terveydenhuollon arviointiperusteita

Ehdotuksen arvioinnissa keskeisiä yleisiä arviointiperusteita ovat terveydenhuollolle asetetut tavoitteet ja keskeiset periaatteet: parantaa terveystoimen saatavuutta ja sujuvuutta sekä kehittää ensihoitoa; lisätä asukkaiden valinnanmahdollisuuksia terveystoimen käytössä; luoda mahdollisuuksia käyttämään terveydenhuollon voimavaroja järke-

västi; parantaa menokehityksen hallintaa ja ennakoitavuutta; edistää palvelutuotannon taloudellisuutta ja tuottavuutta; lisätä perusterveydenhuollon houkuttelevuutta väestön ja hoitohenkilöstön kannalta sekä kehittää kuntien, kuntayhtymien, yhteistoiminta-alueiden ostopalvelu- ja tilaajaosaamista.

Uudistukset eivät välttämättä sinänsä tuo automaattisesti kovin paljon muutoksia terveydenhuollon toimintaan. Vaikutusten merkittävyys riippuu ratkaisevasti siitä, miten uudistusesityksiä viedään käytäntöön ja erityisesti siitä, missä määrin ehdotetut toimenpiteet toteutuvat. Jos palvelujen tuottamistavat ja yleisellä tasolla toimintatavat pysyvät ennallaan, niin vaikutukset voivat jäädä vaatimattomiksi.

Haasteina suomalaiselle terveydenhuoltojärjestelmälle voidaan esittää seuraavat asiakokonaisuudet: väestön nopea ikääntyminen ja eläköityminen, työvoiman saatavuuden varmistaminen, erikoissairaanhoidon järjestäminen entistä tuottavammin, terveydenhuollon menokehityksen ennakoitavuuden parantaminen, rahoituksen selkiyttäminen, hoidosta ja sen kriteereistä päättäminen, erityishuomiota vaativat väestöryhmät (vammaiset, kroonisesti sairaat ynnä muut), tieto- ja bioteknologian aiheuttamat haasteet sekä väestön omavastuun lisääminen terveydestään.

4.2 Taloudelliset vaikutukset

4.2.1 Vaikutukset kuntatalouteen

Ehdotuksen mukaan terveydenhuollon rahoitusvastuu säilyisi kunnalla. Kunnalla on verotusoikeus ja lisäksi valtio osallistuu terveydenhuollon kustannuksiin valtionosuudella ja kehittämishankkeiden valtionavustuksella.

Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta tuli voimaan 1 päivänä tammikuuta 2010. Uudessakin järjestelmässä kunnan valtionosuus lasketaan siten, että kullekin kunnalle erikseen lasketusta valtionosuuden laskennallisesta perusteesta vähennetään kunnan omarahoitusosuus, joka on kaikissa kunnissa asukasta kohti yhtä suuri. Yhdistetyissä valtionosuuksissa on yksi yhtenäinen kiinteä valtionosuusprosentti, joka kuvaa val-

tion ja kuntien välistä kustannusten jakoa. Vuonna 2010 valtionosuusprosentti on 34,08 prosenttia.

Valtionosuusjärjestelmään perustuva valtionrahoitus on kunnille yleiskatteellista korvamerkitsemätöntä rahaa, jonka kohdentamisesta kunnan sisällä päättää kunta itse.

Määriteltäessä valtionosuuden laskennallista perustetta sosiaali- ja terveydenhuollon osalta määräytymisperusteita ovat kunnan asukasluku, ikärakenne, työttömyys, asukaiden sairastavuus, vaikeasti vammaisten henkilöiden lukumäärä, lastensuojelun tarve, palvelu- ja jalostusaloilla toimivien osuus työllisestä työvoimasta sekä syrjäisyys.

Yhä suurempi osuus kuntien menoista on sosiaali- ja terveystoimen menoja. Niiden osuus kuntien menoista oli 54 prosenttia vuonna 2008.

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset kasvoivat vuosina 2005–2008 nimellisesti keskimäärin 6,7 prosenttia vuodessa. Eniten kasvua oli lastensuojelun laitos- ja perhehoidossa (keskimäärin 13,5 prosenttia vuodessa), muissa vanhusten ja vammaisten palveluissa kuin laitos- ja kotipalveluissa (keskimäärin 12,2 prosenttia vuodessa) sekä hammashoidossa (keskimäärin 7,8 prosenttia vuodessa).

Valtiontalouden 30. maaliskuuta 2010 kehyspääatoksen mukaan peruspalvelujen valtionosuudet ovat 7 877 miljoonaa euroa vuonna 2011. Peruspalvelujen valtionosuudet kasvavat kehyskaudella yhteensä 342 miljoonaa euroa verrattuna vuoteen 2010 eli keskimäärin 1,1 prosenttia vuosittain.

Erikoissairaanhoidon vuosittaiset menovaihtelut vähenevät olennaisesti yli 20 000 asukkaan väestössä. Suuremmat organisaatiot sosiaali- ja terveystaloudessa mahdollistaisivat palvelujen joustavan ja tehokkaan järjestämisen sekä mittakaavaetujen hyödyntämisen. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa on arvioitu, että noin kymmenen lääkärin terveyskeskus on perusterveydenhuollon palvelujen tehokkaan tuottamisen kannalta riittävän suuri ja samalla riittävän kokoinen turvaamaan toimivat päiväaikaiset päivystys- ja sijaisjärjestelyt sekä henkilöstön koulutus. Henkilöstön saatavuus ja osaamisen turvaaminen ovat keskeisiä perusteita suuremmalle yksikkökoolle palvelujärjestelmässä.

Palvelutarpeiden kasvu ja terveydenhuollon kustannusten hallinta edellyttävät toimivaa terveystalouden järjestelmää, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpää yhteistyötä. Ehdotukseen sisältyy eräitä tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa kustannusten lisäystä, mutta vastaavasti useita kohtia, jotka joko hillitsevät kustannusten kasvua tai suoranaisesti mahdollistavat kustannussäästöjä.

Terveydenhuoltolain yksittäisillä muutoksilla voi olla kustannuksia lisääviä tai kuntien väliseen kustannusten korvaukseen liittyviä piirteitä. Tällainen muutos on esimerkiksi hoitopaikan valinnan mahdollistaminen. Kansainvälisten ja kotimaisten kokemusten mukaan hoitopaikan valintaoikeutta johonkin muuhun hoitopaikkaan kuin asuinpaikan lähimpään vaihtoehtoon käytetään hyvin vähän. Tällöin palvelujärjestelmän sopeutumisesta kysynnän muutokseen aiheutuvat kustannusvaikutukset olisivat kuntien terveydenhuollon kustannusten satunnaisvaihtelun tasoisia. Ensihoitolääkäripäivystyksen järjestäminen erityisvastuualueella vakiinnuttaisi nykyisen käytännön ja aiheuttaisi kustannuksia ainoastaan Pirkanmaan erityisvastuualueella, jossa ei ole tätä toimintaa järjestetty.

Ehdotuksen useat kohdat mahdollistavat kustannuskehityksen hallintaa. Esimerkiksi painotetaan perusterveydenhuollon vahvistamista monella tapaa. Toimiva perusterveydenhuolto on keskeisessä asemassa kustannuskehityksen hallintaan. Myös terveyden edistämisen vahvistamisella voidaan hillitä terveydenhuollon palveluista, sairauden vuoksi poissaoloista ja varhaisesta eläkkeelle jäämisestä aiheutuvia kustannuksia.

Terveydenhuoltolaki mahdollistaisi myös kustannussäästöjä. Niitä arvioidaan tulevan ensinnäkin mahdollisuudesta hyödyntää voimavaroja nykyistä tehokkaammin ja mahdollisuudesta toteuttaa nykyistä paremmin eri palveluja toisiinsa liittyvinä kokonaisuuksina. Ehdotukseen sisältyvät terveydenhuollon järjestämissuunnitelma ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimus osaltaan tukisivat tällaista suunnitelmallisempaa ja kokonaisvaltaisempaa palvelujen järjestämistä. Samoin laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoa koskevan suunnitelman laati-

misvelvoite tähtää voimavarojen tehokkaampaan käyttöön. Hoidon laatuongelmilla on merkittävä taloudellinen ja terveydellinen vaikutus tarpeettomina kokeina, hoitovirheinä, vääränä lääkityksenä ja menetettyinä työpäivinä. Niiden aiheuttamia tarpeettomia kustannuksia kunnille ja sairausvakuutusjärjestelmälle täytäntöönpanosuunnitelmalla nimenomaan pyrittäisiin vähentämään. Lisäksi ensihoitoon liittyvät erityisvastuualueen koordinaatiotehtävät parantaisivat toiminnan ohjausta ja tuottaisivat sitä kautta kustannussäästöjä.

Terveydenhuoltolakiehdotus koskee koko terveydenhuoltoa moninaisine palvelumuotoineen ja laajoine asiakas- ja potilasmääriineen. Siksi mahdollisia kustannuslisäyksiä ja -säästöjä ei voida arvioida eikä määrittää samalla yksityiskohtaisuudella kuin yleensä palveluja koskevissa muutosesityksissä, joissa muutos kohdistuu suppeaan sosiaali- ja terveyssektorin osa-alueeseen tai helposti määriteltävään palvelujen käyttäjämäärään.

Terveydenhuoltolakiuudistus toteutetaan valtiontalouden 30. maaliskuuta 2010 kehyspäätöksen puitteissa. Terveydenhuoltolain kustannuksia lisäävien ja vähentävien tekijöiden yhteisvaikutuksen arvioidaan lisäävän kuntatalouden kustannuksia vain vuonna 2011. Lisäys on 10 miljoonaa euroa, mikä merkitsee viiden miljoonan lisäystä peruspalvelujen valtionosuuteen (mom. 28.90.30). Tämä lisäys, kuten myös 9,25 miljoonaa euroa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten- ja nuorten ehkäisevästä suunterveydenhuollosta annetun valtioneuvoston asetuksen toimeenpanoa varten, otetaan huomioon hallitusohjelman mukaisen, sosiaali- ja terveystalouden parantamiseen tarkoitetun peruspalvelujen valtionosuuden 21,25 miljoonan euron suuruisen kasvun sisällä. Lisäksi edellä mainitussa valtiontalouden kehyspäätöksessä on varattu 11,8 miljoonaa euroa valtion rahoituksena lääkärihelikopteritoimintaan (mom. 33.01.26).

4.2.2 Iäkkäiden neuvontapalvelut

Terveys ja toimintakyky vaikuttavat olennaisesti ikäihmisten sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen. Iäkkäiden henkilöiden ter-

veyden ja hyvinvoinnin edistämällä sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyllä voidaan hillitä sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksia. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys vaikuttaa sosiaali- ja terveysmenojen kustannuspaineisiin enemmän kuin iäkkäiden määrän kehitys sinänsä. Neuvonta- ja terveydenhoitopalvelujen kehittämisellä voidaan edistää iäkkäiden henkilöiden terveyden ja toimintakyvyn paranemista, mikä tukee heidän itsenäistä selviytymistään, elämänlaadun paranemistaan ja mahdollisuuksiaan toimia aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä. Terveyttä ja toimintakykyä edistävän neuvonnan ja ohjauksen avulla voidaan vähentää kroonisia sairauksia ja siirtää hoidon ja hoivan tarvetta elinkaarella myöhemmään vaiheeseen, mikä hillitsee sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kasvua. Ennaltaehkäisyllä ja varhaisella puuttumisella iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkenemiseen ja terveysongelmiin pystytään vaikuttamaan huomattavasti jopa pitkäaikaishoidon tarpeeseen. Olemassa on tutkimusnäyttöä riskien hallinnan, kuten kaatumisten ehkäisyn sekä ravitsemusneuvonnan ja erityisesti liikunnan lisäämisen vaikuttavuudesta sekä siitä, että varhainen puuttuminen iäkkäiden toimintakyvyn heikkenemiseen kannattaa.

Iäkkäiden neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien rahoitus voisi osittain perustua kuntien toiminnan ja palvelujen uudelleenorganisointiin, iäkkäiden palveluissa työskentelevien henkilöiden tehtävänkuvien muuttamiseen ja teknologian hyödyntämiseen. Iäkkäiden neuvontapalvelujen kokoaminen sellaisiksi, että ne ovat helposti kuntalaisten saatavilla ilman tarvetta moniin yhteydenottoihin kunnan eri työntekijöihin, loisi myös mahdollisuuksia järkevöittää työntekijöiden ajankäyttöä. Toisaalta iäkkään väestön määrä kasvaa jatkuvasti, joten siirtymävaiheessa iäkkäiden neuvontapalvelujen verkoston luominen lisäisi työvoiman tarvetta ja kasvattaisi siten kuntien menoja. Pitämällä aikavälillä voidaan odottaa, että neuvontapalvelut osaltaan kohentaisivat iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä, jolloin kunnilla olisi mahdollisuus siirtää voimavaroja kustannuksiltaan suurimmista palveluista iäkkäiden neuvontapalveluihin.

Hyvinvointia edistävien kotikäyntien vaikutukset kunnan kustannuksiin vaihtelevat sen mukaan, onko kyse kunnassa alkavasta vai jo vakiintuneesta toiminnasta. Kustannuksiin vaikuttaa myös se, missä laajuudessa ja miten toteutettuina käyntejä tehdään kunnassa nykyisin ja miten kohdennettuina ja toteutettuina kunta päättäisi jatkossa järjestää niitä. Vuonna 2007 ehkäiseviä kotikäyntejä toteutettiin Stakesin tutkimuksen mukaan 188 kunnassa ja niiden käyttöönotto oli alkamassa tai suunnitteilla 65 kunnassa. Toiminnan laajuus vaihteli kunnittain.

Ensikäyntinä toteutettavan hyvinvointia edistävän kotikäynnin vaatima työaika on Ikäneuvo-työryhmän arvion mukaan keskimäärin kolme tuntia, joka sisältää välittömän asiakastyön lisäksi myös etukäteisvalmistelut sekä tarvittavan dokumentoinnin, matkat ja moniammatillisen yhteistyön. Näin ollen hyvinvointia edistävän kotikäynnin tuotantokustannus kunnalle on keskimäärin noin 120 euroa. Jos välimatkat ovat kunnassa lyhyet, ensikäynnin keskimääräinen kesto voi työryhmän arvion mukaan olla 2–2,5 tuntia. Seurantakäynneistä tai muulla tavalla toteutusta seurannasta aiheutuvien kustannusten voidaan arvioida olevan keskimäärin selvästi pienempiä kuin ensikäyntien kustannukset.

Yksi päätoiminen työntekijä voi tehdä vuodessa laskennallisesti arviolta noin 370 asiakkaalle hyvinvointia edistävän kotikäynnin ensikäyntinä.

Neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien tulisi olla asiakkaalle maksuttomia. Maksuttomuus vastaa nykyiseen lainsäädäntöön sisältyvää yleistä linjausta, jonka mukaan kuntien järjestämät ehkäisevät sosiaali- ja terveyspalvelut ovat maksuttomia. Maksuttomuus olisi tärkeää toiminnan matalan kynnyksen turvaamiseksi, heikoimmassa taloudellisessa asemassa olevien henkilöiden tavoittamiseksi sekä väestön hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi.

Neuvontapalvelujen ja hyvinvointia edistävien kotikäyntien lisääminen, sisällön kehittäminen ja vaikuttavuuden parantaminen edellyttävät henkilöstön koulutusta. Koulutus voisi olla pääosin perehdytykseen kuuluvaa koulutusta sekä nykyistä lakisääteistä sosiaali- ja terveydenhuollon täydennyskoulutusta

4.2.3 Ensihoitopalvelut

Ensihoidon järjestämisvastuun siirtäminen sairaanhoitopiirille mahdollistaisi toiminnan suunnittelun nykyistä taloudellisemmin. Kiireettömien potilassiirtojen eriyttäminen ensihoidosta sekä ensihoitokeskusten käyttöönotto ja ensihoidon lääkäri- ja asiantuntijapalvelujen keskittäminen sairaanhoitopiireihin vähentäisivät kustannuksia kun toimintaa pystytettäisiin suunnittelemaan ja ohjaamaan nykyistä paremmin.

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen rahoitusjärjestelmä on kolmikanavainen. Rahoitukseen osallistuvat terveystalot ylläpitävät kunnat ja kuntayhtymät, Kansaneläkelaitos sairausvakuutuslain perusteella ja potilas omavastuuosuudellaan. Sairausvakuutuslain perusteella sairaankuljetusajoneuvolla tehty matka korvataan vakuutettu- ja matkakohtaisesti. Korvausta maksetaan vain matkan aiheuttamista kustannuksista, ei ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annetusta ensihoidosta, eikä pääsääntöisesti myöskään kuljetukseen johtamattomista tehtävistä. Korvaus maksetaan vain yhdestä yksiköstä, vaikka potilaan hoitamiseen olisi osallistunut useita yksiköitä.

Vuonna 2008 Kansaneläkelaitos korvasi sairaankuljetusta yhteensä 77 miljoonalla eurolla. Ambulanssimatkoja hoitopaikkaan tai kotiutusmatkoja korvattiin noin 490 000 matkaa ja avohoitopotilaan siirtokuljetuksia hoitopaikasta toiseen hoitopaikkaan noin 61 000 matkaa.

Valtakunnallisia tilastoja järjestämistavoista tai ambulanssien määrästä ei ole, koska kunnat tai kuntayhtymät vastaavat itsenäisesti sairaankuljetuksen järjestämisestä. Tällä hetkellä yksityisillä palveluntuottajilla on sopimus palvelun tuottamisesta runsaan 200 kunnan tai kuntayhtymän kanssa. Pelastustoimi on palveluntuottaja noin 60 kunnassa tai kuntayhtymässä, muissa kunnissa ja kuntayhtymissä sairaankuljetus hoidetaan kunnan tai kuntayhtymän omana toimintana. Palvelua tuottavan sairaankuljetusyrityksen tai pelastuslaitoksen tulot muodostuvat potilaan kuljettamisesta maksettavasta sairausvakuutuskorvauksesta ja kunnan maksamasta valmiuskorvauksesta. Hätäkeskus tekee puhelimitse suoritettun riskinarvion perusteella pää-

töksen ambulanssin hälyttämisestä. Ambulanssin henkilöstö tekee potilaan luona hoidon tarpeen arvion, ja jos potilas katsotaan kuljetuksen tarpeessa olevaksi, hänet kuljetetaan hoitolaitokseen. Palveluntuottaja laskuttaa tämän jälkeen Kansaneläkelaitokselta valtakirjamenettelyllä kilometriperusteisen korvauksen. Jos potilas ei tarvitse kuljetusta, sairausvakuutuskorvausta ei makseta. Useassa kunnassa on tätä tilannetta varten sovittu, että kunta maksaa näistä kuljettamatta jättämisistä palveluntuottajalle erillisen korvauksen.

Sairaankuljetustoiminnan nykykustannuksista on mahdotonta tehdä tarkkoja arvioita. Koska lainsäädännössä ei ole määräyksiä sairaankuljetustoiminnan sisällöstä tai tavoitteista, kunnat ovat voineet päättää siitä, min-kälaisia sopimuksia palvelun tasosta on paikallisesti tehty. Välittömässä (60 sekunnin) lähtövalmiudessa ympärivuorokautisesti kahdella ensihoitajalla miehitetty ambulanssi maksaa vuositasolla noin 450 000 – 550 000 euroa. Summa sisältää ajoneuvon varusteen sekä henkilöstön palkkakustannukset sivukuluineen kuntasektorin virkaehtosopimuksen mukaisissa palkkaluokissa. Lähtövalmiusvaatimuksen alentaminen alentaa vastaavasti palkkakustannuksia. Etenkin haja-asutusalueilla on varsin tavallista, että lähtövalmius on 15 minuuttia ainakin osan vuorokautta. Lisäksi yksityinen yritys voi hinnoitella palvelunsa itsenäisesti. Yksityiset palveluntuottajat ovat tämän lisäksi tehneet sopimuksia potilaiden siirtokuljetustehtävien hoitamisesta terveydenhuollon yksiköiden, sosiaalitoimen laitosten ja turvapuhelinyritysten kanssa. Samalla yksiköllä ja henkilöstöllä hoidetaan sekä kunnan kiireellisiä sairaankuljetustehtäviä että muiden sopimusosapuolten kiireettömiä siirtotehtäviä, eikä yritysten kassavirrasta ole muodostettavissa selvää kuvaa osuudesta, joka liittyy kiireellisen sairaankuljetuksen tehtävien hoitamiseen.

Ensihoitopalvelun järjestämisvastuun siirtyminen sairaanhoitopiireille parantaisi ensihoitopalvelun ohjausta ja mahdollistaisi osaamisen keskittämisen sairaanhoitopiiriin yhdelle ensihoitopalvelusta päätoimisesti vastaavalle lääkärille. Nykyisin sekä terveyskeskukset että sairaanhoitopiirit ovat järjestäneet ensihoidon vastuulääkäritoimintaa ja

toiminta on ollut osin päällekkäistä. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman selvityshenkilön raportin (STM, selvityksiä 2007:26) mukaan 91 prosentilla terveyskeskuksista on nimetty vastuulääkäri, mutta vain 31 prosentilla heistä on riittävästi työaika käytettävissä tehtävän hoitamiseksi. Terveyskeskuksista 58 prosenttia ilmoitti, että vastuulääkärillä on riittävä osaamistaso tehtävien hoitamiseksi. Terveyskeskuksissa ja sairaanhoitopiireissä osa-aikaisesti ensihoidon vastuulääkärin tehtäviä hoitaneiden lääkärin työpanos on tarkoitus koota yhteen, mikä mahdollistaisi päätoimisen ensihoidon vastuulääkärin viran perustamisen sairaanhoitopiiriin. Tältä osin muutos ei lisää kustannuksia. Ensihoidosta vastaava lääkäri pystyisi nykyistä paremmin koordinoimaan alueen ensihoitojärjestelmien toimintaa, toimimaan ensihoitopalvelun kenttäjohtajien ja alueen ensihoitajien lääketieteellisenä esimiehenä sekä suunnittelemaan yhdessä erikoissairaanhoidon edustajien kanssa potilaiden hoitoonohjausta. Hyvin suunniteltu hoitoonohjaus vähentää kustannuksia, kun potilas voidaan kuljettaa suoraan tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan.

Pelastuslaitosten henkilöstönä on pelastajatuotannon suorittaneita henkilöitä, ja silloin kun pelastuslaitos tuottaa kunnalle sairaankuljetuspalveluita, usein myös terveydenhuollon ammattihenkilöitä sairaankuljetustehtäviä varten. Satakunnan pelastuslaitoksen vuonna 2008 tekemän selvityksen mukaan pelastustoimen noin 5 200 päätoimisesta henkilöstä noin 20 prosentilla on myös terveydenhuollon ammattihenkilön koulutus. Koska pelastajat tekevät sekä palo- ja pelastustehtäviä että osan ajasta sairaankuljetustehtäviä, laitosten kustannusrakenteesta on vaikeaa erotella sairaankuljetuksen ja palo- ja pelastustoimen rahoitusosuuksia.

Vuonna 2005 Raha-automaattiyhdistys edellytti, että jotta lääkäri- ja pelastushelikopteritoimintaa ylläpitäville yhdistyksille voitaisiin maksaa RAY:n tukea, tulee sairaanhoitopiirien vastata lääkärihelikopteritoiminnan aiheuttamista lääkinnällisistä kustannuksista. Tämän mukaisesti sairaanhoitopiirit ovat vastanneet Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Pohjois-Savon ja Pohjois-Pohjanmaan erityisvastuualueilla toimivien lääkärihelikopterien lääkinnällis-

tä kustannuksista. Ainoastaan Pirkanmaan erityisvastuualueella ei tätä toimintaa ole ollut. Lakiesityksen mukaan erityisvastuualueen tulee ylläpitää lääkäritasoinen ensihoitopäivystys alueellaan. Esitys vakiinnuttaisi näiltä osin jo vallitsevan käytännön eikä Pirkanmaan erityisvastuualuetta lukuun ottamatta aiheuttaisi lisäkustannuksia.

Monissa pelastuslaitoksissa on lääkintäesimiehen virkoja terveystoimen johtamista varten. Lääkintäesimiehet toimivat ensihoidon moniviranomais- ja monipotilastilanteissa ensihoidon ja sairaankuljetuksen kenttäjohtajina, ja osallistuvat lisäksi vaativimpien potilastapausten hoitoon. Ensihoitopalvelun kenttäjohtamisjärjestelmän maanlaajuinen käyttöönotto lisäisi kuntien kustannuksia osassa maata, sillä nykyinen järjestelmä ei ole maan kattava. Pelastustoimen selvityksen mukaan (SM075:00/2006) vuonna 2006 pelastustoimella oli 8 vakanssia ja terveydenhuollon palveluksessa on sama määrä. Kattavan ensihoidon kenttäjohtajajärjestelmän rakentaminen edellyttäisi noin 20–30 uuden viran perustamista, mikä lisäisi kustannuksia yhteensä noin 7 100 000 euroa, josta valtionosuus on noin 3 550 000 euroa. Ensihoidon johtamisjärjestelmän muutos on tarkoitus toteuttaa asteittain sisällyttämällä kustannukset vuosien 2012–2015 kehysvalmisteluun ja vuosittaisiin talousarvioehdotuksiin.

Erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtäväksi ehdotetaan erityisvastuualueen hoitolaitosten välisten suunniteltujen potilassiirtojen yhteen sovittamista. Kyseessä olisi uusi tehtävä, josta aiheutuisi henkilöstökustannuksia. Nykyisin terveydenhuollon yksiköt tilaavat itsenäisesti hoitolaitossiirrot eikä toimintaa suunnitella kokonaisuutena ja sen vuoksi kaluston käyttö on epätarkoituksenmukaista. Suunnittelemalla hoitolaitossiirrot nykyistä paremmin koko erityisvastuualueen alueella, saavutetaan merkittäviä säästöjä kun kalustoa pystytään käyttämään tehokkaammin.

Muilta osin kustannukset ensihoitopalvelun kehittämiseksi on vaikeasti arvioitavissa, koska nykytilanteen kustannukset ovat vaikeasti selvitettävissä. Sairaanhoitopiirien tekemässä ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksessä määritellään sairaanhoitopiiriin sisällä eri alueille väestön ohjeelliset tavoittamis-

ajat muun muassa väestötiheyden ja arvioitujen tehtävämäärien mukaisesti. Toiminnan suunnittelussa lähtökohtana on koko väestön tasavertainen palvelu, eikä enää kuntakohtainen ja kuntarajoihin perustuva suunnittelu. On vaikeaa arvioida ennakolta, mille tasolle sairaanhoitopiirit tulevat päätöksillään asettamaan potilaiden tavoittamisajat. Mitä nopeammin potilas pyritään tavoittamaan, sitä enemmän tai tiheämmin pitää olla ambulansseja käytettävissä, ja nämä kustannukset heijastuvat suoraan ensihoitopalvelusta aiheutuviin kustannuksiin.

Sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt 2011–2014 kehusehdotuksessa, että lääkärihelikopteritoiminnan uuteen organisointimalliin siirryttäessä perustettavalle hallinnointiyksikölle myönnettäisiin 11 800 000 euroa yksikön hallinnoinnin ja lentotoiminnan kustannusten kattamiseksi vuodesta 2011 alkaen sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan erilliseltä momentilta 33.01.26. Lääkärihelikopteritoiminnan rahoitus on tarkoitettu turvata nostamalla raha-automaattien ja kasinopelien pitämisestä perittävää arpajaisveroa vuoden 2011 alusta lukien 10 prosenttiin tuotosta, mikä edellyttää arpajaisverolain (552/1992) 4 §:n muuttamista.

4.2.4 Hoitopaikan valinta

Kansainvälisiin kokemuksiin perustuen on oletettavissa, että suhteellisen pieni osa potilaista käyttäisi alkuvuosina oikeuttaan valita hoitopaikka. Potilaiden valinnan taloudelliset vaikutukset koko maan tasolla jäänevät todennäköisesti ensimmäisten vuosien aikana vähäisiksi. Koska palvelutuottajan hinnoitteluperusteeseen ei vaikuta se, tuleeko potilas omalta alueelta tai sen ulkopuolelta, uudistuksella ei myöskään ole odotettavissa merkittävää vaikutusta palvelujärjestelmän kokonaiskustannuksiin. Pidemmällä aikavälillä asiaan vaikuttaa muun muassa se, millaisia kannusteita muutos tuo palvelujen tuottajien käyttäytymiseen sekä henkilökunnan saatavuustilanteet.

Etelä-Pohjanmaan, Pirkanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän alueilla asuvat ovat voineet 1. lokakuuta 2007 lukien vapaasti valita kyseisten sairaanhoitopiirien sairaaloista

sen hoitopaikan, jossa haluavat saada kiireetömän leikkaushoidon. Käytäntö on koskenut ainoastaan julkisen sektorin sairaaloita. Yleisesti ottaen kokemukset hoitopaikan valinnasta ovat pääsääntöisesti olleet myönteisiä. Liikkuvien potilaiden määrät ovat olleet erittäin vähäisiä. Sairaalat ovat kysyneet hoitamaan kaikki halukkaat potilaat, jotka ovat hakeutuneet toiseen sairaanhoitopiiriin.

Potilaiden hakeutumiseen toiseen sairaanhoitopiiriin näyttää vaikuttavan erityisesti sairaalan maine, palvelujen saatavuus ja laatu tekijät sekä potilaiden kokemukset.

Hoitopaikan valinta voisi mahdollisesti vaikeuttaa sairaalan varautumista ja resursointia, mikäli potilasmäärät kasvaisivat.

Kotikunnan talouden kannalta kustannusten määrä ei välttämättä juuri muuttuisi, jos toisessa sairaanhoitopiirissä palvelun laskutus on samaa tasoa kuin omassa sairaanhoitopiirissä ja jos palveluvolyymi (asiakkaina ja palveluina per asiakas) ei muutu. Ainoa selvempi lisäkustannus tällaisin oletuksin on transaktiokulujen kasvu, joskin kokonaisuuteen nähden se on marginaalista. Kotikunnan kustannukset nousevat, jos palveluvolyymi muuttuu tai palvelusta tuleva lasku ylittää oman sairaanhoitopiirin laskutuksen. Mahdollista periaatteessa on myös se, että palveluvolyymi supistuu tai laskutus alittaa oman piirin laskutuksen.

Tilanteessa, jossa potilas käyttää perusterveydenhuollon palveluja kotikuntansa ulkopuolelta, kustannusvaikutukset kotikunnan kannalta ovat vastaavanlaiset mitä edellä todettiin sairaalapalvelujen osalta.

Jos valinnanvapaus kohdistuu johonkin kuntaan kuten esimerkiksi niin sanottuun kesämökkikuntaan voimakkaana, sillä voi olla taloudellisia vaikutuksia tällaisen kunnan osalta: kunnan terveyskeskus joutuu mahdollisesti nostamaan palveluvalmiuttaan sekä mahdollisesti uudelleen järjestelemään lomakojeiden henkilöstön saatavuutta. Tällaiset ratkaisut lisäävät kunnan kustannuksia, jotka se laskuttaa potilaiden kotikunnilta. Tilanteessa, että useilla paikkakunnilla jouduttaisiin palveluvalmiutta nostamaan, nousisivat kustannukset myös koko maan tasolla.

Hoitopaikan valinnan mahdollistamisen merkittävimmät vaikutukset voivat olla paikallisia tai aluekohtaisia. Erällä työssäkäyn-

tialueilla palvelujen käyttö yli kuntarajojen voi olla muuta maata selvästi yleisempää. Näissä tapauksissa vaikutukset paikallisiin tai alueellisiin palvelurakenteisiin sekä palveluvalmiuksiin voivat olla merkittäviä. Ne voivat esimerkiksi johtaa maaseutumaisen ympäristön palvelujen ohenemiseen, jos merkittävä osa palveluista halutaan käyttää esimerkiksi työpaikan vuoksi alueen kaupunkikeskuksessa. Suhteellisesti suurimmat muutokset voivat tapahtua pienissä kunnissa, joissa on paljon vapaa-ajan asuntoja.

Laajentuva hoitopaikan valinnanvapaus saattaa nopeuttaa kehitystä eräillä erikoisaloilla siihen, että hoitoa antavia yksioita on nykyistä selvästi pienempi määrä, ja siten edistää työnjakoa sairaanhoitopiirien kesken.

Laajentuva hoitopaikan valinta todennäköisesti merkitsee, että kansalaiset ja potilaat katsovat palvelujen laadun kohoavan joustavamman palvelujen saatavuuden myötä.

4.3 Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Esityksen mukaan terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisella kehitettäisiin palvelujärjestelmää siten, että palvelujärjestelmän perustana olisi kattava terveyden edistämisen ja perusterveydenhuollon palvelujärjestelmä. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevat säännökset vahvistaisivat yhteistyötä kunnan eri toimijoiden kesken ja toiminta olisi suunnitelmallisempaa kuin nykyisin. Myös terveydenhuollon alueellinen kehittäminen yhteistoiminnassa sosiaalihuollon kanssa mahdollistaisi pitkäjänteisen suunnittelun. Alueellisessa yhteistyössä voitaisiin sopia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisestä, alueellisesta työnjaosta sekä sen toteuttamisesta. Yhteistyö edistäisi saumattomien palveluketjujen syntymistä ja eri palvelujen yhdistymistä asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi. Asiakas ja potilas saisivat palvelut oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Myös erikoisosaaminen suomalaisessa terveydenhuollossa kehittyisi alueellisen yhteistyön ja työnjaon myötä. Kun esimerkiksi terveyskeskukset ja sairaalat erikoistuisivat tiettyjen toimenpiteiden hoitamiseen, niistä tulisi hyviä

osaamiskeskuksia ja henkilökunnankin rekrytointi voisi helpottua.

Ehdotuksen ensihoitoa ja sairaankuljetusta koskevat uudistukset kehittäisivät huomattavasti palvelujärjestelmää. Ensihoidon määrittelemisen sairaanhoitopiiriin tehtäväksi, potilassiirtojen eriyttäminen ensihoidosta sekä ensihoitokeskusten käyttöönotto lisäisivät tehokkuutta. Ehdotuksen tavoitteena on parantaa palvelujen laatua, selkeyttää palveluorganisaatiota, kehittää palvelujen ohjausta sekä parantaa tuottavuutta.

Tavoitteena on luoda aikaisempaa vahvemmat yhteistyörakenteet valtakunnallisesta kehittämistyöstä vastaavien toimijoiden ja kuntien välille.

4.4 Vaikutukset kuntalaisiin, asiakkaisiin ja potilaisiin

Potilaan oikeus valita terveydenhuollon toimintayksikkö lisäisi asiakaskeisyyttä. Potilaan tai asiakkaan asemaa vahvistaisi lisäksi oikeus valita hoitava lääkäri tai hoitaja silloin, kun se terveyskeskuksen tai sairaalan toiminnan kannalta on mahdollista järjestää. Väestöllä olisi siis laajempi oikeus valita perushoitopaikka joko luonnollisen asiointisuunnan (esimerkiksi työpaikka) mukaan yli kuntarajan. Potilaalle sairaudesta aiheutuvia haittoja voitaisiin lieventää integroiduilla hoitoketjuilla, joissa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito toimisivat tiiviissä ja tehokkaassa yhteistyössä. Potilas olisi palvelujen keskipisteenä siten, että palvelut ja toiminnot organisoitaisiin hänen terveydentilaansa koskevista lääketieteellisistä tai hammaslääketieteellisistä tarpeistaan lähtien. Terveyspalvelujärjestelmän olisi oltava läpinäkyvä niin, että potilas saisi luotettavaa tietoa omien palvelujensa toimivuudesta. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vahvistaminen loisi myös kuntalaiselle paremmat edellytykset terveellisemmälle ympäristölle ja terveellisten valintojen tekemiselle.

Keskitettyissä malleissa, joissa osia erikoissairaanhoitosta ja perusterveydenhuollosta on integroitu toisiinsa, odotusaikojen ja jonojen voidaan odottaa vähenevän koordinoitujen hoidon johdosta. Erityisesti erikoissairaanhoiton konsultaation ja hoidon tuominen osaksi perusterveydenhuollon toimintaa

mahdollistaisi tehokkaamman hoidon perustasolla ja todennäköisesti vähentäisi lähetteen määrää. Hoitoon pääsyä koskevia säännöksiä on täsmennetty varmistamaan erikoissairaanhoidon lähetettyjen potilaiden odotusaikojen yhteneväisyys. Erikoissairaanhoidon lähetettyjen potilaiden tutkimukset ennen hoitopäätöstä olisi uusien säännösten perusteella suoritettava valmiiksi kolmen kuukauden kuluessa lähteen saapumisesta. Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn enimmäisaikoja ei ole muutettu.

Kiinteämpi yhteistyö sosiaali- ja terveystoimen välillä toisi myös toiminnallisia etuja hoitoprosessissa. Tätä on korostettu sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon velvoitteilla tehdä tarpeen mukaista yhteistyötä sosiaalihuollon kanssa väestön palvelujen järjestämiseksi. Lisäksi tutkimus- ja kehittämistoiminnassa on huomioitava sosiaalihuollon kanssa yhteiset tarpeet ja mahdollisuudet. Erityisesti on korostettu lasten huomioimista lastensuojelulain mukaisesti silloin kun vanhemmilla on lasten huolehtimiskykyyn mahdollisesti vaikuttavia sairauksia hoidettavana.

Useita perusterveydenhuoltoa vahvistavia säännöksiä terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien yhteistyöstä ja kuntien perusterveydenhuollon yhteistyöstä on otettu esitykseen. Näiden tarkoituksena on perusterveydenhuollon järjestäminen hyvässä kuntien yhteistyössä alueellisesti sekä yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa. Yhteistyöllä tavoitellaan joustavammin ja tehokkaammin toimivia tutkimus- ja hoitokokonaisuuksia organisaatioiden rajoista riippumatta.

Myös potilasrekisterin ja tietojärjestelmien yhteensopivuus sekä tiedonkulun parantaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä edistää potilaan hoito- ja palveluketjujen toimivuutta. Tämä on tarkoitus toteuttaa siten, että sairaanhoitopiirin alueella kaikkien kunnallisen terveydenhuollon toimintayksiköiden potilasasiakirjat muodostavat yhteisen potilastietorekisterin. Mahdollistettaessa potilasasiakirjoissa olevien tietojen nykyistä helpompi käytettävyys yhteisen potilastietorekisterin avulla, on samalla tarpeen varmistaa potilastietojen asianmukainen käyttö ja potilaan oikeus ottaa kantaa itseään koskevien tietojen luovutukseen rekisterinpi-

täjien välillä. Voimassa olevan potilaslain mukaan potilasta koskevia tietoja voidaan luovuttaa rekisterinpitäjien välillä potilaan suullisella tai asiayhteydestä ilmenevällä suostumuksella silloin kun tietoja tarvitaan potilaan tutkimuksen tai hoidon järjestämiseksi. Tämä perusperiaate on tarkoitus säilyttää myös silloin kun yhteiseen potilastietorekisteriin kuuluvia tietoja luovutetaan rekisterinpitäjien välillä. Potilaslain säännöksistä poiketen potilaan oikeus päättää häntä koskevien tietojen käytöstä on kuitenkin tarkoitus toteuttaa potilaalla olevalla oikeudella kieltää tietojen luovutus rekisterinpitäjien välillä. Kielto-oikeuden toteuttamiseksi potilaalle on myös annettava asianmukainen selvitys tästä oikeudesta. Riittävän tietosuojan varmistamiseksi ehdotettu uusi säännös edellyttää lisäksi hoitosuhteen olemassaolon varmistusta ja potilastietojen käytön aktiivista seurantaa lokitietojen avulla.

Kokonaisuudessaan yhteisen potilastietorekisteri parantaisi merkittävästi potilaan hoidon kannalta olennaisten tietojen saamista käyttöön samalla, kun potilaalla säilyy edelleenkin mahdollisuus estää arkaluontoisiksi kokemiensa tietojen luovutus rekisterinpitäjien välillä.

Ensihoitopalvelun järjestämisvastuun siirtäminen kuntatasolta sairaanhoitopiireille parantaisi kuntalaisten yhdenvertaisuutta, koska toiminta suunnitellaan sairaanhoitopiirin tasolla yhtenäiseksi ja kuntakohtaiset erot palvelujen saamisessa ja laadussa vähenevät. Ensihoitojärjestelmään ehdotetut muutokset parantaisivat asiakkaan ja potilaan saaman palvelun laatua. Tavoitteena olisi yhtenäistää väestön avunsaantia kiireellisissä tilanteissa.

4.5 Vaikutukset ympäristöterveydenhuoltoon

Ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alue koostuu kuntien ja kuntayhtymien nykyisistä valvontayksiköistä muodostetusta yhdestä organisaatiosta. Kuntien tehtävänä olevan ympäristöterveydenhuollon tulee olla kokonaisuudessaan saman valvontayksikön alla.

Tarkoituksenmukaisen työnjaon ja erikoistumisen mahdollistamiseksi valvontayksikön vähimmäiskoko on ympäristöterveyden-

huollon toimialalla 10 henkilötyövuotta ottaneen kuitenkin huomioon paikalliset erityistekijät. Koko henkilöstön ei ole välttämätöntä olla sijoitettuna valvontayksikön keskuspaikalle.

Ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueita koskevan lain (410/2009) mukaan riittävin henkilöstöresurssein muodostuvat yhteistoiminta-alueet aloittavat toimintansa viimeistään 1. tammikuuta 2013.

Koska ympäristöterveydenhuolto on osa ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa, on tärkeää, että terveydenhuoltolaissa vahvistetaan tämä kytkös ja nähdään ympäristöterveydenhuolto osana perusterveydenhuoltoa. Ympäristöterveydenhuollon palveluihin ja monialaiseen valvontatoimeen ei terveydenhuoltolaki sinänsä tuo muutosta vallitseviin käytäntöihin, koska ympäristöterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä säädetään erikseen.

4.6 Yhteiskunnalliset vaikutukset

Esityksellä olisi vaikutuksia ihmisten asemaan ja toimintaan yhteiskunnassa. Hoitopaikan valinnan mahdollistaminen parantaisi ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa heidän oman terveytensä ja sairautensa hoitoon. Vaikutus olisi olennainen ja välitön säättämisenä jälkeen vaikka valinnanmahdollisuuden laajuus onkin tarkoitus lisätä asteittain. Kansainvälisten kokemusten perusteella ihmiset eivät tulisi todennäköisesti valitsemaan kovin merkittävästi kotikuntansa ja lähisairaalaansa ulkopuolella olevia palveluja, mutta oman terveyskeskuksen tai terveysaseman valinnan mahdollisuus sitouttaa ihmisiä osallistumaan kokonaisuudessaan itseään koskeviin terveysvalintoihin ja hoitopäätöksiin aiempaa paremmin. Mikäli valinnan mahdollisuuden käyttö ylittäisi odotukset ja ihmiset jättäisivät merkittävässä määrin joitain terveyskeskuksia tai terveysasemia, aiheuttaisi se alkuvaiheessa ennakoimattomia henkilöstökustannusmuutoksia, jotka pystyttäisiin tasamaan noin vuoden sisällä. Valinnan mahdollisuuden odotetaan vahvistavan ihmisten myönteistä suhtautumista julkisiin terveydenhuoltopalveluihin ja tukevan tulevaisuu-

dessa koko väestölle suunnattujen palvelujen kehittymistä.

Osa väestöstä ei olosuhteidensa tai terveytensä takia pysty hoitopaikan valinnan mahdollisuutta aktiivisesti käyttämään. Valinnan mahdollisuus ei poistaisi kotikunnan vastuuta kuntalaisten terveyspalvelujen järjestämisestä. Näin ollen jokaisella ihmisellä valinnan aktiivisesta käyttämisestä riippumatta olisi terveyden ja sairaanhoidosta vastaava perusterveydenhuollon terveyskeskus käytettävissään. Samoin erikoissairaanhoidon ohjaamisessa hoidontarpeen arviota tai hoitoa varten, ei ihmisen tarvitsisi osata valinnanmahdollisuuttaan käyttää vaan lähettävä lääkäri voisi aina ohjata kotikunnan ensisijaisesti käyttämään erikoissairaanhoidon hoitolaitokseen tutkimuksia ja hoitoa varten. Näin ollen väestöryhmät eivät tulisi valinnanmahdollisuuden käytön osaamisen perusteella asetetuksi eriarvoiseen asemaan.

Pitkäaikaishoidossa sairaalassa olevalla potilaalla ei ole nykyisin oikeutta valita kotikuntansa ulkopuolelta sairaanhoidolaitosta hoitonsa toteuttajaksi. Tätä oikeutta ei terveydenhuoltolaissakaan esitetäisi vaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan ihmisen oikeus valita kotikuntansa tulisi säädettäväksi kotikuntalaissa. Tällöin valittu uusi kotikunta tulisi olemaan myös laitoshoidosta vastaava kunta ja järjestämään omien käytäntöjensä puitteissa uuden hoitopaikan. Kotihoidon palveluista merkittävä osa on sosiaalipalveluja eikä niistä säädettäisi terveydenhuoltolaissa. Kotihoidon järjestäminen terveyskeskuksen toiminta-alueen ulkopuolelle on myös käytännön syistä epätarkoituksenmukaista ja aiheuttaisi lisäkustannuksia. Kotihoito ei näin ollen kuuluisi tässä esityksessä valinnanmahdollisuuden piiriin.

Ehdotuksella pyritään vaikuttamaan ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin sekä hyvinvoinnin jakautumiseen väestöryhmien välillä. Ehdotuksessa täsmennettäisiin terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn tehtävää. Tällä pyritään vaikuttamaan koko väestön tasolla tehokkaammin terveyden riskitekijöihin niitä vähentävästi ja siten kansanterveyttä parantavasti. Erityisesti tähdätään väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen ja hyvinvoinnin tasaisempaan jakautumiseen väestössä.

Ehdotuksessa esitettäisiin koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tehtävien täsmennyksiä. Näillä pyritään vahvistamaan lasten kasvu ja kehitymisvaiheissaan tarvitsemien terveyden ja sairaanhoidon palvelujen parempi saatavuus ja terveydenhuollon tuki yhdessä oppilashuollon muiden toimijoiden kanssa lasten hyvään terveyden kehitykseen. Lasten ja nuorten etuja vahvistettaisiin esityksessä myös korostamalla lasten oikeutta tulla huomioiduksi vanhempien sairauksien hoidon yhteydessä. Tällä pyritään varmistamaan, etteivät vanhempien sairaudet tai päihdeongelmat aiheuta lapsille vaikeuksia arjen selviytymisessä tai turvallisessa kehitymisessä.

Ihmisten yleistä turvallisuutta pyritäisiin ehdotuksella parantamaan keskittämällä ensihoidon vastuu sairaanhoitopiirin tehtäväksi ja perustamalla erityisvastuualueittain ensihoitoyksiköt huolehtimaan ensihoitolääkärin päivystyksestä sekä muun muassa ambulanssihelikopteritoiminnan järjestämisestä. Ensihoito säädettäisiin selkeästi osaksi terveydenhuoltoa ja ensihoidon tekemää hoidon tarvearviota näin vahvistetaan osaksi hoitoa. Ensihoitoon liittyy myös potilaan luona terveystilanteen vakiinnuttaminen hoitollisin toimenpitein ja näin parannetaan kuljetusturvallisuutta varsinaiseen hoitopaikkaan. Ensihoidon keskittämällä saataisiin sairaanhoitopiireittäin alueen ensihoito ja sairaankuljetuskapasiteetti paremmin koordinoitua ja näin pystyttäisiin paremmin turvaamaan ensihoidon ja sairaankuljetuksen hälytysvalmius kiireellisiä tehtäviä varten alueella.

Ehdotuksessa esitetään potilasrekisteri järjestettäväksi yhdessä sairaanhoitopiirin ja sen vastualueen terveyskeskusten kanssa. Tällä parannettaisiin potilaan hoitoa varten tarvittavien terveystietojen saatavuutta hoitoorganisaatiosta riippumatta, lisättäisiin potilasturvallisuutta ja vähennettäisiin tarpeettomista tutkimuksista aiheutuvia haittoja ja vaivaa potilaille. Ratkaisulla ei olisi vaikutusta potilaan tietojen suojan tai turvan kannalta. Tietojen käyttäjät olisivat aina tarkistettavissa ja tietojen käyttäjillä tulisi olla tietoihin oikeutus potilaan hoidon perusteella. Potilaalla olisi edelleen myös mahdollisuus kieltää tietojensa käyttö määrittämässään hoitoyksiköissä, mikäli potilas näin haluaisi.

Tällöin potilasturvallisuuden vuoksi hänen olisi itse varmistettava hoitoansa varten tarpeellisten tietojen toimittaminen hoidostaan vastaavalle lääkärille tai terveydenhuollon ammattihenkilölle. Tietotekniikasta tai tietoyhteisistä riippuvuutta rekisterin yhtenäistämällä ei aiheutettaisi. Potilastiedot ovat jo nykyisin varsin kattavasti sähköisissä arkistoissa niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa.

Tietoyhteiskuntapalveluille tulisi ehdotuksessa olevan hoitopaikan valinnan mahdollisuuden vuoksi kehittämistarpeita. Terveystieteiden hoitoyksiköille tulisi tarpeelliseksi julkaista palvelujen saatavuuteen, turvallisuuteen ja muuhun laatuun liittyviä tietoja kohtuullisen tuoreina, jotta ihmiset ja heitä hoitavat perusterveydenhuollon lähettävät lääkärit voisivat niiden perusteella sopivimman hoitopaikan valinnan asiallisin perustein tehdä. Internetin kautta julkaistavia aktiivisesti usein päivitettäviä tietoja tulisi pystyä kaikkien ymmärrettävässä muodossa käyttämään. Ehdotukseen sisältyy myös hoidon suunnitelmallisuus ja omahoidon tukemiseksi tarvittavien hoitosuunnitelmien käyttö. Näihin omahoitosuunnitelmiin liittyen tulevaisuuden haasteita, joihin tässä ehdotuksessa ei välttämättä asetettaisi, ovat ihmisten keinot päästä suoraan itse omiin potilastietoihinsa internetin välityksellä.

Ehdotuksella pyritään vaikuttamaan palvelujen saatavuuden paranemiseen. Ehdotuksessa säädettäisiin täsmennyksiä hoitotakusäännöksiin. Erikoissairaanhoidossa olisi hoitopäätöksen tekemistä varten tarvittavat tutkimukset suoritettava kolmen kuukauden kuluessa läheteen saapumisesta. Hoidon tarvearvio on käynnistettävä kolmen viikon kuluessa läheteen saapumisesta. Lisäksi hoidon saatavuuden odotetaan paranevan, kun hoitopaikan valinnan mahdollisuus tulisi jonkin verran tasaamaan tai ohjaamaan potilaiden hakeutumista hoitopaikkoihin myös odotusaikojen perusteella. Valinnanmahdollisuudella pyritään näin tasaamaan erityisesti erikoissairaanhoidon palvelukapasiteetin hyödyntämistä ja yhtenäisten hoitoon pääsyn kriteerien käyttöä aiempaa laajemmin. Tällä pyritään siten myös huomioimaan ihmisten tarpeet ja odotukset aiempaa paremmin.

4.7 Terveysthuollon ohjausjärjestelmän kehittäminen terveydenhuolto-laissa

Ehdotuksessa tuetaan terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämistä vahvistamalla ohjausta eri tasoilla. Valtion ohjausta täsmennettäisiin tarkentamalla eräitä palvelujärjestelmän tehtäviä. Joitakin tehtäviä on siirretty nykyisistä asetuksista lakiin. Tällaisia tehtäviä ovat neuvolapalveluihin, koulu-terveydenhuoltoon ja opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvien tehtävien määrittely. Ehdotukseen sisältyy myös uusia asetuksenantovaltuuksia aiemmin kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa annettujen valtuuksien lisäksi. Tällaisia valtuuksia annetaan laadusta ja potilasturvallisuudesta (8§), terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta (34§), erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta (43§) ensihoitokeskuksen tehtävistä (46 §), kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (50 §), palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä kuntien kesken (58 §), lääkähoidosta (68 §) sekä suurten kustannusten tasausrajan perusteista (76 §).

Sairaanhoitopiiriin ohjausta kehitetään säätämällä potilasrekisterin pito sairaanhoitopiirien tehtäväksi sekä siirtämällä ensihoitopalvelujen vastuu sairaanhoitopiireille. Ehdotuksessa täsmennetään erityisvastuualueiden tehtäviä ja säädetään erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kesken. Näiden uudistusten tavoitteena on vahvistaa erikoissairaanhoidon alueellista koordinaatiota ja sairaanhoitopiirien välille kehittyvää yhteistyötä.

Kuntien ohjausta vahvistetaan velvoittamalla kunnat laatimaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Tähän tehtävään kunnat käyttävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastuutahojen asiantuntemusta toimivan kokonaisuuden suunnittelemiseksi. Suunnitteluun osallistuvat kuntien terveyskeskukset ja sairaanhoitopiiri.

Perusterveydenhuollon ohjausta terveydenhuollon kokonaisuudessa vahvistettaisiin säätämällä perusterveydenhuolto erikoissairaanhoidon palvelujen tarvemäärittelijäksi esimerkiksi sen osalta, mitä palveluja sairaan-

hoitopiiriin olisi tarkoituksenmukaista järjestää annettavaksi perusterveydenhuollon yhteydessä ä. Lisäksi perusterveydenhuollon alueellista yhteistyötä kehitetään säätämällä terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatiminen kuntien vastuulle. Tällöin suunnitelman laadinnassa lähtökohta on perusterveydenhuollon alueellinen kokonaisuus ja lähipalvelut. Perusterveydenhuoltoa vahvistetaan myös säätämällä sairaanhoitopiireihin perusterveydenhuollon yksiköille tehtävä yhteistyön koordinoijana ja terveyskeskusten kehittämistyön tukijana. Myös terveyskeskuksissa tehtävää tieteellistä tutkimustyötä on jatkossa mahdollisuus tukea ennalta laadittavien tutkimussuunnitelmien perusteella, kun tutkimus-EVO- järjestelmää kehitettäisiin tarkoituksenmukaisemmaksi.

Terveydenhuoltojärjestelmää kehittävä rooli on ehdotuksessa myös asiakkaalle ja potilaalle. Mahdollisuudella valita hoitopaikkansa niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa, halutaan säätää toimintayksiköille kannustin palvelun parantamiseen asiakaskeskeisesti. Yksinomaan valinnanmahdollisuus ei riitä järjestelmän kehittymisen kannustamiseen. Tarvitaan myös kuntien välisiin hoitokustannusten korvauskäytäntöihin järjestelmän kehittämistä kannustava malli, josta sisältyy ehdotukseen asetuksenantovaltuutus.

5 Asian valmistelu

5.1 Valmisteluvaiheet ja – aineisto

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen hallitusohjelman mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltamiseksi ja yhteistyön lisäämiseksi kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistetään laiksi terveydenhuollosta. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti kesäkuussa 2007 työryhmän selvittämään, miten kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistetään uudeksi laiksi terveydenhuollosta niin, että se parhaalla mahdollisella tavalla tukee myös muita hallitusohjelmassa terveydenhuollon kehittämiseksi asetettuja tavoitteita ja että se vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Työryhmän määräaika päättyi 31 päivänä toukokuuta 2008.

Työryhmä kuuli useita asiantuntijoita ja järjesti yhdessä eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan kanssa toukokuun 8 päivänä 2008 kutsuseminaarin terveydenhuoltolain valmistelusta.

Valtioneuvosto vahvisti tammikuussa 2008 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE 2008–2011). Ohjelman pää tavoitteina on lisätä muun muassa väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä kaventaa terveyseroja. Lisäksi tavoitellaan palvelujen laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden parantumista ja alueellisten erojen vähentymistä. Tavoitteet on jaoteltu mitattaviksi osatavoitteiksi, jotka pyritään saavuttamaan paikallisesti toteutettavilla konkreettisilla toimenpiteillä. Valtio tukee toimintaa muun muassa lainsäädännön uusimisella, suosituksilla ja valtionavustuksilla.

Asia on käsitelty kuntalain (365/1995) 8 §:ssä edellytetyllä tavalla kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunnassa. Ehdotuksen 19 §, jossa esitetään säädettäväksi menenkulkijoiden terveydenhuollosta, on käsitelty kolmikantaisesti merimiesasiain neuvottelukunnassa. Ahvenanmaan maakuntahallitus on antanut lausunnon, joka koskee esityksen 60 ja 63 §:ssä tarkoitettua lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen korvausta, jota sovellettaisiin myös Ahvenanmaan maakunnassa. Ahvenanmaan maakuntahallitus hyväksyy ehdotetun muutoksen.

5.2 Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi terveydenhuoltolakitöryhmän muistiosta ”Uusi terveydenhuoltolaki” (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28) ja sen sisältämistä ehdotuksista lausunnon yhteensä 136 taholta. Lausunnon antoi yhteensä 312 tahoa. Myös sosiaali- ja terveysministeriön eri osastot sekä 28 yksityistä henkilöä antoivat omat kommenttinsa ehdotuksista.

Useimmat lausunnonantajat pitivät työryhmän esityksiä pääpiirteissään kannatettavina ja hyvänä pohjana tulevalle jatkovalmistelulle. Lausunnon antajat totesivat, että ehdotus kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon yhdistämisestä on hyvä asia. Jyrkkä raja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on tarpeeton ja aiheuttaa turhaa kitkaa ja kustannuksia potilaiden hoidossa ja palvelujen järjestämisessä.

Useiden lausunnonantajien mielestä työryhmän ehdotus on oikeansuuntainen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen poistamiseksi, yhteistyön turvaamiseksi ja potilaan valinnanvapauden edistämiseksi. Erityisesti potilaiden valinnanvapauden lisääminen, terveyden edistämisen vahvistaminen ja ensihoidon siirtäminen alueelliselle toimijalle koettiin esitetyn uudistuksen positiivisiksi vaikutuksiksi. Myös mahdollisuutta erikoissairaanhoidon järjestämiseksi lähipalveluna terveyskeskuksissa pidettiin hyvänä.

Kritiikkiä lausunnoissa tuli muun muassa palvelurakenteita koskevien ehdotusten osalta ja erityisesti siitä, että työryhmän esityksessä oli, tosin toimeksiannon mukaisesti, käsitelty vain terveydenhuollon palvelurakenteita eikä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita yhteisesti. Terveydenhuoltolakitöryhmän ehdotuksessa oli esitetty kaksi mallia terveydenhuollon palvelurakenteiksi, sairaanhoitopiirimalli ja terveyspiirimalli. Monet lausunnonantajat korostivat sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa pitäisi uudistaa palvelurakenteita siten, että siinä otettaisiin huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen kokonaisuus ja palvelujärjestelmän eheys. Työryhmän esityksestä saatujen lausuntojen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriössä aloitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön valmistelu (Sote-järjestämislaki). Koska kuitenkin kunta- ja palvelurakennemuutos on vielä kesken ja siitä on määräaikainen laki voimassa vuoden 2012 loppuun saakka, hallitus päätyi siihen, ettei edellä mainittua Sote-järjestämislakia annettaisi tällä hallituskaudella. Terveydenhuoltolaki annettaisiin palvelujen ja toiminnan sisältöä koskevana uudistuksena.

Kritiikkiä lausunnoissa tuli muun muassa palvelurakenteita koskevien ehdotusten osalta ja erityisesti siitä, että työryhmän esityksessä oli, tosin toimeksiannon mukaisesti, käsitelty vain terveydenhuollon palvelurakenteita eikä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita yhteisesti. Terveydenhuoltolakitöryhmän ehdotuksessa oli esitetty kaksi mallia terveydenhuollon palvelurakenteiksi, sairaanhoitopiirimalli ja terveyspiirimalli. Monet lausunnonantajat korostivat sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa pitäisi uudistaa palvelurakenteita siten, että siinä otettaisiin huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallinen kokonaisuus ja palvelujärjestelmän eheys. Työryhmän esityksestä saatujen lausuntojen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriössä aloitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön valmistelu (Sote-järjestämislaki). Koska kuitenkin kunta- ja palvelurakennemuutos on vielä kesken ja siitä on määräaikainen laki voimassa vuoden 2012 loppuun saakka, hallitus päätyi siihen, ettei edellä mainittua Sote-järjestämislakia annettaisi tällä hallituskaudella. Terveydenhuoltolaki annettaisiin palvelujen ja toiminnan sisältöä koskevana uudistuksena.

6 Riippuvuus muista esityksistä

Vuosina 2008 - 2012 toteutetaan kunta- ja palvelurakennemuutos, jonka keskeinen tavoite on väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen tulevaisuudessa. Uudistus

muuttaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöä ja edellyttää myös uusin työmenetelmien ja tietopohjan kehittämistä, hyvää johtamista ja toimenpiteitä, joilla turvataan henkilöstörakenteen ja henkilöstön jaksaminen muutoksessa. Tarvitaan rakentei-

den, toimintatapojen ja osaamisen uudelleen arviointia ja kehittämistyötä.

Julkista terveydenhuoltoa täydentää yksityinen terveydenhuolto, jonka lainsäädännön uudistus on parhaillaan valmisteilla sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä.

YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

1 Lakiehdotusten perustelut

1.1 Terveydenhuoltolaki

1 Luku Yleiset säännökset

1 §. Soveltamisala. Pykälän 1 momentin mukaan laki koski kunnan järjestämisvastuun piirissä olevaa terveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus on vielä kesken, joten kunnan terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja järjestämisvastuusta säädettäisiin edelleen kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa. Vastuu terveydenhuollon eli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja rahoituksesta on ollut Suomessa perinteisesti kunnalla. Vastuuseen sisältyy muun muassa vastuu kuntalaisille siitä, että laissa turvattu tai muita palveluja on saatavilla ja että kuntalaiset saavat nämä palvelut laadukkaina. Kunnalla on myös vastuu palvelujen järjestämisestä. Kunnalla on vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varaisesta palvelujen järjestämiseen. Vastuuseen sisältyy myös valvonta siitä, että palvelut toteutuvat. Lain soveltamisalaan sisältyisi kunnallinen terveydenhuolto. Kunta voisi muodostaa terveydenhuollon järjestämiseksi yhteistoiminta-alueen tai kuntayhtymän, jolloin kunnallinen terveydenhuolto tarkoittaisi myös näiden tasojen toimintaa. Kunnallista terveydenhuoltoa täydentäisi yksityinen terveydenhuolto, josta säädetään erikseen laissa yksityisestä terveydenhuollosta.

Pykälän 2 momentin mukaan määräaikaisen kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain eli ns. Paras-puitelain tarkoituksena on luoda vahvemmat taloudelliset voimavarat terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi. Kunnan velvollisuudet terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi siirtyvät puitelain mukaiselle yhteistoiminta-alueelle. Hallintovaliokunta tähdensi mietinnössään (HaVM 31/2006), että järjestämisvastuun asettamisella yhteistoiminta-alueelle lähdetään siitä, että menettelyllä varmistetaan vastuu palvelukokonaisuuksien muodostumisesta

ta yhdelle toimielimelle tai oikeushenkilöille. Kuntakohtainen järjestämisvastuusta sopiminen ei hallintovaliokunnan käsityksen mukaan tätä seikkaa varmista. Yhteistoiminta-alueen järjestämisvastuun sisältöä täsmennettiin myös hallituksen iltakoulussa marraskuussa 2007.

Pykälän 3 momentin mukaan laki ei koski Ahvenanmaan maakuntaa. Ahvenanmaan itsehallintolain (1144/1991) 18 §:ssä säädetään maakunnan lainsäädäntövallasta. Lain 18 §:n 12 kohdassa säädetään siitä, että Ahvenanmaan maakunnalla on lainsäädäntövalta asioissa, jotka koskevat terveyden- ja sairaanhoitoa itsehallintolain 27 §:n 24, 29 ja 30 kohdassa säädetyin poikkeuksin. Itsehallintolain 27 §:n mukaan valtakunnalla on lainsäädäntövalta asioissa, jotka koskevat 24 kohdan mukaan hallinnollista puuttumista henkilökohtaiseen vapauteen, 29 kohdan mukaan ihmisten tarttuvia tauteja, kastroidia ja sterilointia, raskauden keskeyttämistä, keinohedelmöitystä, oikeuslääketieteellisiä tutkimuksia sekä 30 kohdan mukaan terveyden- ja sairaanhoidon piirissä toimivien kelpoisuusvaatimuksia, apteekkilaitosta, lääkkeitä ja lääkkeenomaisia tuotteita, huumausaineita sekä myrkkujen valmistamista ja niiden käyttötarkoituksen vahvistamista. Ahvenanmaata koskisivat kuitenkin terveydenhuoltolain opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämistä koskevan luvun 60 § ja 63 §.

2 §. Lain tarkoitus. Pykälän 1 kohdan mukaan terveydenhuollon päämääränä on terveyden edistäminen ja väestön terveyden ylläpitäminen, johon sisältyy sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimysten lievittäminen. Terveyspolitiikan tavoitteina ovat terveysnäkökohtien huomioon ottaminen eri yhteiskuntapolitiikan alueilla sekä terveyspalvelujen tarkoituksenmukainen kehittäminen siten, että Suomessa asuvilla on asuinpaikastaan ja varallisuusasemastaan riippumatta mahdollisuus saada tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut. Terveellisten elämäntapojen edistäminen ja terveysongelmien ehkäisy sekä riskien varhainen toteaminen ovat avainasemassa.

Pykälän 2 kohdan mukaan tavoitteena on, että yleinen terveydentila kohenee ja terveyden eriarvoisuus vähenee. Väestön elinikä on Suomessa pidentynyt ja terveydentila on monien muidenkin osoittimien mukaan kohentunut, mutta sosioekonomisten väestöryhmien väliset terveyserot ovat pääosin säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Sosioekonomisten ryhmien välillä on suuria elinajan odotteen, sairastavuuden ja sairauksien riskitekijöiden eroja. Pitkäaikaissairaudet ovat alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä noin 50 prosenttia yleisempiä kuin ylimmissä ryhmissä. Nämä erot ovat hieman pienentyneet työikäisillä, mutta kasvaneet eläkeikäisillä. Terveyserojen syyt liittyvät laajoihin yhteiskunnallisiin tekijöihin ja yleisiin hyvinvoinnin edellytyksiin. Lisäksi terveyseroja kasvattavat elintavoissa ja kansansairauksien riskitekijöissä ilmenevät väestöryhmittäiset erot. Terveyserojen kaventaminen edellyttää siten monipuolisia hyvinvoinnin ja terveyden edellytysten turvaamiseen liittyviä toimia, joissa eri hallinnonalojen ja eri tason toimijoiden yhteistyö on tarpeen. Myös terveyspalvelujen rakenteessa ja kohdentumisessa näyttää olevan eriarvoisuutta tuottavia piirteitä.

Vuonna 2001 hyväksytyn Terveys 2015 – kansanterveysohjelman eräänä tavoitteena on väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Ohjelman mukaan tähän tulisi päästä muun muassa parantamalla heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia ja suhteellista asemaa. Terveyserojen kaventamisen tavoite on ilmaistu selvästi sekä vuoden 2003 että vuoden 2007 hallitusohjelmissa. Myös vuoden 2006 Sosiaali- ja terveyskertomus nosti terveyserojen kaventamisen ja syrjäytymisen ehkäisyn keskeisiksi tulevaisuuden haasteiksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 -asiakirjassa vuonna 2006 linjannut terveyserojen kaventamisen keskeiseksi tavoitteeksi väestön terveyttä ja toimintakykyä edistettäessä.

Pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelmaan sisältyvän terveyden edistämisen politiikkaohjelman yhtenä tavoitteena on väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Politiikkaohjelmaan tiiviisti kytkettynä on valmisteltu kansallinen terveyserojen ka-

ventamisen toimintaohjelma, joka hyväksyttiin sosiaalipoliittisen ministerityöryhmän kokouksessa 29 toukokuuta 2008. Terveiden edistämisen, erityisesti sen rakenteiden toimintamallien ja seurannan kehittäminen ovat myös kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman (KASTE) tavoitteena.

Pykälän 3 kohdan mukaan tarkoituksena on edistää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta eri väestöryhmissä ja maantieteellisesti. Potilasturvallisuuden edistäminen on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden päivittäistä laadunhallintaa, jotta ihmiset voivat luottaa hoidon turvallisuuteen. Turvallinen hoito on vaikuttavaa, se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Terveys- ja terveydenhuollon henkilöstö vastaa potilasturvallisuudesta. Myös potilailla ja heidän läheisillään tulisi olla keskeinen rooli potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Pykälän 4 kohdan mukaan järjestelmän määrätietoinen kehittäminen asiakaskeiseksi on myös välttämätöntä. Asiakaslähtöisyyden rinnalla käytetään termiä asiakaskeisyys. Tällöin asiakas on palvelujen keskipisteenä siten, että palvelut ja toiminnot organisoitetaan hänen terveydentilaansa koskevista lääketieteellisistä tai hammaslääketieteellisistä tarpeistaan lähtien. Asiakkaan pitäisi olla selvillä hoito- ja palveluketjujen kokonaisuudesta ja hänellä tulisi olla tosiasiallinen mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan palveluketjuunsa. OECD on Suomen terveydenhuoltoa koskevissa huomioissaan kiinnittänyt erityistä huomiota järjestelmän jäykkyyteen muun muassa siinä mielessä, ettei potilailla julkisessa terveydenhuollossa ole ollut oikeutta valita hoitopaikkaa ja/tai hoitavaa lääkäriä. Palvelut tulisi järjestää väestön terveystarpeiden mukaisesti, ei kysynnän.

Pykälän 5 kohdan mukaan terveydenhuollon tulisi edistää toimivien palvelukokonaisuuksien syntymistä ja vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Palvelukokonaisuuksien toimivuuden idea kiteytyy saumattomiin palveluketjuihin, kaikki potilaan tai asiakkaan tarvitsemat palvelut yhdistetään yhdeksi joustavaksi palveluketjuksi. Tietojärjestelmät ovat saumattomien palveluketjujen toteutumisessa tärkeä väline. Saumattomuus voisi jopa vä-

hentää hoidon kustannuksia. Perusterveydenhuollon toimintaedellytysten vahvistaminen tapahtuu laissa useissa kohdissa kuntien vastuusta ja yhteistyöstä säättämällä. Lisäksi laissa esitetään sairaanhoitopiireihin toimintoa, joka tukisi perusterveydenhuollon koulutusta, kehittämistä ja tutkimustoimintaa sekä terveyskeskusten ja sairaanhoitopiiriin yhteistyön kehittämistä. Laissa tuetaan myös mahdollisuutta tehdä yliopistotasoisista tutkimustyötä terveyskeskuksissa uudistamalla tutkimusten erityisvaltionosuusjärjestelmää.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon palvelujen olisi muodostettava toiminnallinen kokonaisuus, myös terveyden edistämisen ja ehkäisevien palvelujen osalta. Näin voitaisiin puuttua nykyisiin päällekkäisyyksiin, tehottomuuksiin ja puutteisiin. Terveyskeskusten ja sairaaloiden työnjakoa pitäisi tarkistaa ja hyödyntää erikoislääkärityövoiman tarkoituksenmukaista käyttöä terveyskeskuksissa.

Palvelut tulisi tulevaisuudessa järjestää nykyistä laajemmalle väestöpohjalle riippumatta siitä, miten kuntarakenne ratkaistaan. Eriyisesti sosiaali- ja terveystoimessa tarvitaan useampien kuntien yhteistyötä, vaikka kuntakoko olisi nykyistä suurempikin. Tärkeää olisi myös, että sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuus säilyisi eli palveluketjut pysyisivät yhdessä. Yhteistyön ja tietojärjestelmien yhteensopivuutta tulisi edistää etenkin vanhustenhuollossa, mielenterveystyössä, päihdehuollossa ja kuntoutuksessa.

3 §. Määritelmät. Pykälän 1 kohdan mukaan terveyden edistämisen tavoitteena on ylläpitää ja kohentaa väestön terveyttä ja toimintakykyä, vähentää vaaratekijöitä sekä ehkäistä sairauksien ja riskitekijöiden ilmaantumista sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveyden edistämistä toteutetaan kansanterveytyössä niillä keinoin, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä: terveysneuvonta, terveystarkastukset, lääketieteelliset ehkäisytoimet, elinympäristön vaaratekijöiden tunnistaminen ja poistaminen tai niiden vaikutusten minimoiminen, sekä elinympäristön turvallisuuden parantaminen. Koska monet terveyden taustatekijät ovat terveydenhuollon välittömän päätösvalan ulkopuolella, terveyden edistämistä toteutetaan myös muualla yhteiskunnassa. Sitä

edesauttaa yhteistyö, jossa terveydenhuollolla voi olla terveyden puolesta puhujan ja asiantuntijan rooli. Terveyden edistämiseen kuuluu myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisy, mitkä halutaan selkeyden vuoksi mainita erikseen.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistetävä väestön terveyttä. Säännöksen perustelujen mukaan säännös julkisen vallan velvollisuudesta edistää väestön terveyttä viittaa yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintaloikoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan. Säännöksellä on läheinen yhteys perusoikeuksiin, jotka turvaavat oikeutta elämään, työvoiman suojaan ja oikeutta terveelliseen ympäristöön.

Määritelmään on lisätty sana ”suunnitelmallista”, millä halutaan korostaa sitä, että on tarkoituksenmukaista järjestää palvelut niin, että ne muodostavat toimivan, pitkäjänteiseen suunnitteluun perustuvan kokonaisuuden, joka vastaa alueen väestön terveystarpeita.

Pykälän 2 kohdan mukaan perusterveydenhuolto on kansanterveytyötä. Perusterveydenhuollon palveluja annetaan pääsääntöisesti terveyskeskuksissa ja työterveydenhuollossa. Perusterveydenhuolto on yleisesti kaikkien saatavilla ja muodostaa maan terveysjärjestelmän perustan. Perusterveydenhuollon palvelut toteutetaan lähipalveluina.

Työterveyshuollon yhteydessä järjestetty sairaanhoito on yleislääkäritasoisista avosairaanhoitoa sekä erikoislääkärin toimintaa siltä osin, kun se perustuu työpaikan työterveyslääkärin arvioon selvitettyä työntekijän työkykyä ja hoitomahdollisuuksia.

Perusterveydenhuollon määritelmä vastaa kansanterveytyön määritelmää ja on pääosin sisällöltään samanlainen kuin nykyisessä kansanterveyslaissa. Kansanterveytyö tuli suomalaisen terveystalouden ydinkäsitteeksi kansanterveyslain valmistelun yhteydessä 1960-luvulla. Kansanterveytyön tavoitteita ja sisältöä ei ole teoreettisemmin määritelty, eikä sille myöskään ole selvää kansainvälistä vastinetta. Kansanterveytyön sisältö on

määrittynyt hallinnollisesti vuonna 1972 voimaan tulleessa kansanterveyslaissa ja sen tulkinnoissa. Kansanterveystyön toiminnallisenä tavoitteena on yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvan terveyden edistämisen, perussairaanhoidon, kuntoutuksen sekä niiden tukipalvelujen yhdistäminen terveyskeskustoiminnaksi. Kansanterveystyöhön sisältyvät perusterveydenhuolto, työterveyshuolto ja ympäristöterveydenhuolto.

Pykälän 3 kohdan mukaan erikoissairaanhoito on lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaista toimintaa. Erikoissairaanhoito jakautuu perustason erikoissairaanhoitoon, vaativaan erikoissairaanhoitoon ja erityistason erikoissairaanhoitoon. Perustason erikoissairaanhoito tarkoittaa sairaalan poliklinikalla tehtäviä tutkimuksia ja siellä annettavaa hoitoa sekä päiväkirurgista erikoissairaanhoidon toimintaa, josta potilaita ei pääsääntöisesti oteta hoitoon sairaalan vuodeosastolle. Vaativa erikoissairaanhoito tarkoittaa sellaista erikoissairaanhoitoa, joka koostuu lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen päivystyksestä, vuodeosastohoidosta ja tehohoidosta. Vaativa erikoissairaanhoito tarkoittaa sairaalassa annettavaa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaista päivystystä ja vuodeosastohoitoa niihin välittömästi liittyvine tutkimuksineen.

Erikoissairaanhoitoon kuuluu ammattitautien ja työperäisten sairauksien tutkiminen, diagnosointi ja hoito.

Pykälän 4 kohdan mukaan sosiaali- ja terveysministeriö on antanut asetuksen erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskitämisestä (767/2006). Valtioneuvoston selonteossa kunta- ja palvelurakennemuutoksesta on sovittu, että vastaisuudessa keskitettävistä hoidoista annettaisiin valtioneuvoston asetus.

Pykälän 5 kohdan mukaan sosiaalihuoltolain 13 §:n 1 momentissa säädetään sosiaalihuoltoon kuuluvista tehtävistä. Edellä mainitun sosiaalihuoltolain pykälän mukaan kunnan on huolehdittava muun muassa sosiaalipalvelujen järjestämisestä asukkailleen, toimeentulotuen antamisesta kunnassa oleskelevalle, sosiaaliavustusten suorittamisesta asukkailleen, ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuksista ja niiden hyväksikäyttämi-

sestä ja sosiaalisen luoton myöntämisestä asukkaalleen. Lisäksi kunta on alueellaan velvollinen toimimaan muutoinakin sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja sosiaalisten epäkohtien poistamiseksi.

Pykälän 6 kohdan mukaan erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu sairaanhoitopiirien lisäksi erikoissairaanhoidolain 9 §:n mukaan viiteen erityisvastuualueeseen. Valtioneuvoston asetuksella (279/2002) on säädetty siitä, mitkä ovat erityisvastuualueita ja mitkä sairaanhoitopiirit kuuluvat mihinkin erityisvastuualueeseen.

4 §. Terveysterveysten toimintaedellytykset.

Pykälän 1 momentin mukaan kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja terveydenhuollon (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito) palveluihin sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Terveysterveysten tehtävissä pitäisi olla riittävästi terveydenhuollon ammatillista henkilöstöä. Henkilöstön määrään vaikuttaa muun muassa potilaiden määrä ja hoidon tarve, esimerkiksi erilaisten sairauksien hoidon vaativuus.

Pykälän 2 momentin mukaan terveydenhuollon toimintayksikön johtamisen pitäisi tukea potilaiden laadukasta ja turvallista hoidon kokonaisuutta, joka sisältää potilaan tarpeen mukaan lääketieteellisen, hammaslääketieteellisen, hoitotieteellisen ja muun terveys-tieteellisen hoidon, hoitotyön ja sosiaalityön. Tämä merkitsee näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittämistä ja levittämistä alueellisesti sekä potilasturvallisuuden edellyttämää henkilöstön ohjausta ja osaamisen varmistamista. Hoito- ja toimintaprosessien kehittämisessä yli toimiala- ja toimintayksikkörajojen olisi otettava huomioon eri ammattiryhmien osuus.

Pykälän 3 momentin mukaan terveydenhuollon palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi ja asianmukaiseksi hoitamiseksi pitäisi erityisesti terveydenhuollon henkilöstörakenteen ja henkilöstön määrän olla sellainen, että palvelut olisi mahdollista järjestää kunnassa, yhteistoimintalueella tai kuntayhtymässä olevaa terveydenhuollon palvelujen tarvetta vastaavasti.

Pykälän 4 momentin mukaan terveydenhuollon palvelujen toteuttamiseksi pitäisi kunnalla, yhteistoimintalueella tai kuntayhtymällä olla käytettävissä asianmukaiset toi-

mitilat ja toimintavälineet. Ehdotuksen 34 §:n mukaisessa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa tai 43 §:n mukaisessa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa voitaisiin sopia muun muassa toimitilojen paikoista, käytöstä ja työnjaosta.

5 §. Täydennyskoulutusvelvoite. Pykälän 1 momentin säännös vastaa sisällöltään nykyisen kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain säännöksiä. Vuoden 2004 alusta tulivat voimaan kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidon lakiin tehdyt täydennyskoulutusta koskevat lainmuutokset sekä sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta koskeva asetus (1194/2003, täydennyskoulutusasetus). Silloin kun kunta hankkii palveluja muualta, sen olisi huolehdittava myös siitä, että myös yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, osallistuisi riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstön perus- ja täydennyskoulutustarpeet saattohoidon osaamisen osalta olisi varmistettava eri puolella Suomea. Sairaanhoidajille ja lähihoitajille voitaisiin käynnistää erikoistumiskoulutusta palliatiiviseen ja saattohoitoon. Kunnan ja kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on ylläpitää, saattaa ajan tasalle ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista. Täydennyskoulutuksen rahoitusvastuu on työnantajalla, silloin kun henkilöstö on yksityisen palveluntuottajan palveluksessa, niin tällä on rahoitusvastuu täydennyskoulutuksesta.

Pykälän 2 momentin mukaan täydennyskoulutusasetuksessa säädettäisiin täydennyskoulutukseen sisältyvistä asioista kuten koulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista. Sosiaali- ja terveysministeriö on lisäksi antanut täydennyskoulutuksen valtakunnalliset suositukset terveydenhuollon toimintayksiköiden käyttöön (Sosiaali- ja terveysministeriön op-paita 2004:3). Niitä voidaan soveltaa myös yksityisessä terveydenhuollossa. **6 §. Terveydenhuoltopalvelujen kieli.** Pykälän 1 momentin säännös on sisällöltään nykyisen kansan-

terveyslain 28 §:n 1 – 2 momentin ja erikoissairaanhoidon lain 33 a §:n 1 – 2 momentin mukainen.

Pykälän 2 momentissa säädetään Pohjoismaiden kansalaisten terveydenhoitopalvelujen kielestä. Säännös on sisällöltään nykyisen kansanterveyslain 28 §:n 3 momentin ja erikoissairaanhoidon lain 33 a §:n 3 momentin mukainen.

Pykälän 3 momentissa säädetään saamelaisien kielellisistä oikeuksista terveydenhuollossa. Viittaussäännöstä on pidettävä tarpeellisenä, sillä saamenkielisten kielelliset oikeudet sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat toteutuneet puutteellisesti. Myös Suomen ratifioiman vähemmistökieliperuskirjan täytäntöönpanoa valvova Euroopan neuvoston ministerikomitea on kiinnittänyt tähän huomiota. Oikeudesta käyttää saamen kieltä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastilanteissa on turvattu jo saamen kielilain (1086/2003) 4 ja 12 §:n perusteella. Saamen kielilain 4 §:n nojalla saamelaisella on oikeus omassa asiassaan tai asiassa, jossa häntä kuullaan, käyttää saamen kielilaissa tarkoitettua viranomaisessa saamen kieltä. Viranomainen ei saa rajoittaa tai kieltäytyä toteuttamasta kielellisiä oikeuksia sillä perusteella, että saamelainen osaa myös muuta kieltä, kuten suomea tai ruotsia. Saamelaisien kotiseutualueella sovelletaan saamen kielilain 3 luvun yksityiskohdaisia säännöksiä. Saamen kielilain 4 luvussa säädetään oikeudesta tulkkaukseen.

7 §. Yhtenäiset hoidon perusteet. Pykälässä säädetään siitä, että sosiaali- ja terveysministeriöllä on yleinen ohjausvalta yhtenäisten lääketieteellisten tai hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumisessa. Perusteiden laadinta tapahtuisi yhdessä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos myös seuraisi ja arvioisi hoidon perusteiden toteutumista. Samoin kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulisi seurata ja arvioida hoidon perusteiden toimivuutta.

Hoitokäytännöissä on ollut suuria vaihtelua eri puolilla maata ja päätöksiä kiireettömän hoidon antamisesta on tehty erilaisin perustein. Hoidon järjestämisen enimmäisaikoja eli niin sanottuja hoitotakuusäännöksiä säädettäessä lisättiin erikoissairaanhoidon lain 10 §:n 1 momenttiin säännös siitä, että erikois-

sairaanhoito tuli järjestää yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. Hoidon perusteiden laatiminen tapahtui erikoisaloittain erityisvastuualueilla. Alun perin hoidon perusteet laadittiin 193 sairauden hoitoon. Tavoitteena on ollut laatia hoidon perusteet noin 80 prosenttiin kiireettömästä hoidosta. Hoidon perusteita korjataan ja kehitetään jatkuvasti saatujen kokemusten perusteella. Lääkärit käyttävät näitä suosituksia apunaan päättäessään potilaan hoidosta. Suositusten ohella lääkäri ottaa aina hoitopäätöstä tehdessään myös potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen ja elämäntilanteen. Lääkäri päättää potilaan hoidosta yhteisymmärryksessä tämän kanssa. Potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. Yksittäinen lääkäri tai hammaslääkäri voi hoidon aihetta päättäessään myös poiketa yhtenäisistä hoidon perusteista perustellusta syystä.

Viimeisin yhtenäinen kiireettömän hoidon perusteet on julkaistu Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuna 2009:5.

Uusimmat perusteet on löydettävissä suomeksi ja ruotsiksi osoitteista www.stm.fi tai www.terveysportti.fi.

8 §. Laatu ja potilasturvallisuus. Potilasturvallisuutta voidaan parantaa analysoimalla riskejä, korjaamalla hoitoprosesseja ja toiminnan rakenteita sekä ottamalla oppia poikkeamista.

Potilasturvallisuuden edistämiseksi on kehitetty erilaisia turvallisuustyökaluja ja -järjestelmiä, kuten lääkehoitosuunnitelma, malli turvallisesta hoitoyksiköstä, lääkehoidon kokonaisarviointi ja hoitoilmoitusrekisteri (HILMO).

Pykälän 1 momentin mukaan terveydenhuollon toiminnan olisi oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Potilasturvallisuuden edistäminen on 2000-luvulla tullut maailmanlaajuisesti potilasturvallisuusliikkeeksi. Toimijoina on terveyspoliittisia päättäjiä ja vaikuttajia, terveydenhuollon ammattilaisia, tutkijoita ja potilasjärjestöjä. Potilasturvallisuus on myös EU:n komissiossa ja Euroopan neuvostossa käsiteltävänä asiana. Maailman terveysjärjestö WHO on käynnistänyt potilasturvallisuuden maailmanliiton ”World Alliance for Patient Safety”. Lisäksi OECD:n ja Pohjoismaiden

ministerineuvoston laaturyhmät kehittävät potilasturvallisuuden seurantaindikaattoreita.

Hoitokäytäntöjä ohjataan arvioituun tutkimustietoon perustuvilla kansallisilla hoitosuosituksilla ns. käypä hoito -suosituksilla. Monista terveydenhuollon menetelmistä ei ole saatavilla eikä aina edes mahdollista saada tieteellistä näyttöä, mikä ei lähtökohtaisesti voi estää esimerkiksi harvinaisten sairauksien hoitoa. Kliinisessä päätöksenteossa, oli pa se taudinmäärittäminen, hoitoa tai kuntoutusta käytetään kussakin tilanteessa parhainta saatavissa olevaa näyttöä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden käyttöön on luotu myös konkreettisia työkaluja haattatapahtumien ehkäisyyn. Esimerkkejä näistä ovat lääkehoitosuunnitelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006) ja opas verensiirroista (Suomen Kuntaliitto 2006) sekä malli hoitoyksiköiden riskienhallintaan. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vuonna 2010 saattohoitosuosituksen. Suosituksissa korostuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus saattohoitovaiheen hoidossa.

Pykälän 2 momentin mukaan kunnan perusterveydenhuollon olisi vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, ellei siitä muutoin erikseen sovita. Esimerkiksi perusterveydenhuolto alueellaan ja saattohoidon toteuttava laitos vastaisivat hyvän saattohoidon toteuttamisesta ja sen laadusta. Käytännössä voi tulla esiin myös tilanteita, joissa potilaan hoidon kannalta on tarkoituksenmukaisempaa, että jokin erikoissairaanhoidon erikoisala vastaa hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jolloin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon olisi erikseen sovittava asiasta. Yhteensovittamistavastuu olisi potilaan kotikunnan perusterveydenhuollolla, ellei siitä muutoin sovita. Valinnanvapaus tuo kunnan perusterveydenhuollolle uusia haasteita potilaan kokonaisuuden yhteensovittamisesta vastaavana tahona. Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tapahtuu poikkeamia ja virheitä sekä niiden seurauksena usein haittoja potilaille. Poikkeamien ja virheiden taustalla on usein järjestelmään ja toimintaprosesseihin liittyviä heikkouksia.

Pykälän 3 momentissa säädetään potilasturvallisuussuunnitelmasta. Potilaalle koitu-

vista haitoista valtaosa olisi estettävissä. Näin ollen terveydenhuollon toimintayksiköissä johdon ja henkilöstön tulisi sitoutua potilasturvallisuuden edistämiseen kehittämällä toimintaa turvallisemmaksi ja varmistamalla henkilöstön osaaminen. Potilasturvallisuus tulisi ottaa osaksi laadunhallinta- ja seuranta-järjestelmiä. Laatu-järjestelmään sisältyisi potilasturvallisuusohjelma. Siinä määriteltäisiin potilasturvallisuuden vastuunjako ja organisointi selkeästi. Potilasturvallisuusohjelmassa olisi haattapahtumien ehkäisyä arvioitu ennakkoon. Sen pohjalta toimintayksiköt voisivat laatia käytännön ohjeita laadun ja potilasturvallisuuden takaamiseksi.

Pykälän 4 momentin mukaan tarkempia säännöksiä asioista, joista on sovittava suunnitelmassa annettaisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella, esimerkiksi laatu-järjestelmän ja potilasturvallisuussuunnitelman sisällöstä ja sen toimeenpanosta ja seurannasta. **9 §. Potilastietorekisteri ja potilastietojen käsittely.** Kunnallinen terveydenhuolto muodostaa laajasti ottaen yhden toiminnallisen kokonaisuuden, joka koostuu perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidon kokonaisuudesta. Potilaan hoito alkaa usein perusterveydenhuollon käynnillä, jossa hänellä todetaan sairaus, jonka hoidon tietys-sä vaiheessa tarvitaan usein erikoisosaamista. Erikoissairaanhoidossa ollaan koulutuksen ja kokemuksen sekä toiminnan järjestämisen ja toteutuksen osalta varustauduttu tällaiseen erikoisosaamiseen. Näissä tapauksissa perusterveydenhuolto joko konsultoi erikoissairaanhoidoa tai potilas lähetetään sairaalaan jatkotutkimuksiin tai hoitoon. Sairaalassa tehtyjen tutkimusten ja annetun hoidon jälkeen vastuu potilaan jatkohoidosta palautuu yleensä perusterveydenhuollon vastuulle. Toisaalta potilaan hoito voi alkaa suoraan myös erikoissairaanhoidossa esimerkiksi päivystysvastaanotolla, jolloin on usein tarpeen saada perusterveydenhuollon potilasasiakirjoissa olevat tiedot potilaan sairauksista ja hoidoista.

Edellä mainituissa tilanteissa potilasta tutkittaessa ja hoidettaessa on tarve saada käyttöön potilasta koskevat sairauskertomustiedot sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta hallinnollisista rajoista riippumatta. Parhaillaan maahamme ollaan raken-

tamassa kansallista terveystietokantaa, jonka valmistuttua potilaan hoidon edellyttämät potilastiedot on mahdollista saada käyttöön hoitopaikasta riippumatta. Kansallisen terveystietokannan toteutumiseen menee kuitenkin vielä joitakin vuosia.

Tästä syystä pykälän 1 momentissa säädettäisiin, että sairaanhoitopiiriin alueen asukkaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostaisivat yhteisen terveydenhuollon potilastietorekisterin. Tämä yhteinen potilastietorekisteri käsittää kaikki kunnallisten toimintayksiköiden asiakirjat niiden laatimisajankohdasta ja tallennustavasta riippumatta. Sen sijaan yhteisessä rekisterissä ei voi olla yksityisen terveydenhuollon toimintayksiköitä, ei edes silloin kun kunta tai kuntayhtymä omistaa sen kokonaan. Säännöksen perusteella voitaisiin mahdollistaa hyvän hoidon edellytyksenä olevien potilastietojen saatavuus sairaanhoitopiiriin alueella nykyistä helpommin.

Henkilötietolain (523/1999) 3 §:n 4 kohdan mukaan rekisterinpitäjällä tarkoitetaan yhtä tai useampaa henkilöä, yhteisöä, laitosta tai säätiötä, jonka käyttöä varten henkilötietorekisteri perustetaan ja jolla on oikeus määrätä henkilötietorekisterin käytöstä tai jonka tehtäväksi rekisterinpito on lailla säädetty. Henkilötietolaki mahdollistaa siten henkilötietorekisterin, jolla on useampi rekisterinpitäjä. Esimerkkinä tällaisesta voidaan todeta ulkomaalaisrekisteri. Olennaista rekisterinpidon osalta on rekisterin käyttötarkoitus. Ehdotetussa terveydenhuollon yhteisrekisterissä potilastietojen käyttötarkoitus ei poikkea eri rekisterinpitäjillä toisistaan. Kaikilla rekisterinpitäjillä on rekisterin sisältämille tiedoille yhteinen käyttötarkoitus, potilaan hoito. Ehdotetun sääntelyn nojalla muodostettaisiin siten yhteisrekisteri, joka koostuisi sairaanhoitopiiriin alueen kuntien perusterveydenhuollon sekä sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidon potilasrekisterien tiedoista.

Henkilötietolain edellä mainitun kohdan mukaan rekisterinpidosta voidaan säätää erikseen lailla. Tämän mukaisesti terveydenhuollon potilasasiakirjarekisterin rekisterinpitäjänä ovat ne kunnalliset terveydenhuollon palvelujen tuottajat, jotka ovat järjestämistä vastuussa sairaanhoitopiiriin kuntien asukkaiden terveydenhuoltoon kuuluvasta peruster-

veydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Muodostuvan yhteisrekisterin rekisterinpitäjiä olisivat siten sairaanhoitopiiri ja siihen kuuluvat kunnat yhdessä. Kukin rekisterinpitäjä vastaisi edelleen omalta osaltaan potilaiden tietojen kirjaamisesta ja säilyttämisestä sekä potilastietojen käsittelystä. Kunkin yhteisrekisterin rekisterinpitäjän potilastiedot muodostaisivat loogisen potilasrekisterin valtakunnallisessa arkistointipalvelussa.

Potilastiedot ovat arkaluonteisia tietoja, jotka on säädetty salassa pidettäviksi. Salasapidadosta säädetään potilaslain 13 §:ssä. Säännöksen mukaan potilastietojen luovutus terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä edellyttää pääsääntöisesti potilaan tai hänen laillisen edustajansa suostumusta. Tästä on laissa eräitä poikkeuksia muun muassa niiden tilanteiden varalta, jolloin suostumusta ei voi saada kiireellistä hoitoa vaativan potilaan tajuuttomuuden vuoksi. Yhteisen potilastietorekisterin tietojen käyttöä koskevia periaatteita ehdotetaan muutettavaksi potilaslaissa säädetystä siten, että potilaalta ei tarvitsisi erikseen pyytää suostumusta toisessa terveydenhuollon toimintayksikössä laadittujen potilasasiakirjojen käyttöön. Potilaalla olisi ehdotuksen mukaan kuitenkin mahdollisuus erikseen kieltää toisen yksikön potilastietojen käyttö. Estettä ei ole sille, että kieltö kattaisi vain osan toisen toimintayksikön tiedoista, esimerkiksi vain psykiatrian sairauskertomuksen. Jos osittainen kieltö ei ole esimerkiksi teknisistä syistä mahdollinen, potilaalla on oikeus kieltää kaikkien tietojen käyttö. Kieltö olisi voimassa toistaiseksi.

Edellä olevan perusteella 2 momentissa säädettäisiin edellytyksistä, joiden tulee toteutua, jotta terveydenhuollon toimintayksikö saisi käyttää toisessa toimintayksikössä laadittuja potilastietoja. Lainkohdassa todettaisiin, että tietojen käyttö toimintayksiköiden välillä ei edellyttäisi potilaan suostumusta. Sen sijaan potilaalla olisi edellä mainittu oikeus kieltää tietojen luovutus.

Jotta potilas olisi tietoinen yhteisestä potilastietorekisteristä, sen vaikutuksesta häntä koskevien tietojen käyttöön ja hänen oikeudestaan kieltää tietojen käyttö, tulee hänelle antaa 3 momentin mukaan selvitys yhteisestä rekisteristä ennen ensimmäistä toimintayksiköiden välistä tietojen luovutusta.

Tähän liittyen yhteinen potilastietojärjestelmä tulee toteuttaa teknisesti siten, että tietojen käyttö ei ole mahdollista, jollei potilaalle ole annettu asianmukaista selvitystä ja siitä tehty merkintää potilasasiakirjoihin. Lisäksi järjestelmän tulee ottaa automaattisesti huomioon potilaan tekemät kiellot. Paperille tallennettujen potilasasiakirjojen käyttöön ei ole mahdollista liittää samanlaista automaattista tietojen käytön estoa kuin sähköisiin asiakirjoihin. Siitä huolimatta myös paperille tallennettujen potilasasiakirjojen luovutuksissa toimintayksiköiden välillä tulee varmistaa, että potilas on saanut asianmukaisen informaation ja että hän ei ole kieltänyt potilastietojensa käyttöä toisessa toimintayksikössä. Jos potilas on kieltänyt tietojen käytön, hänellä on oikeus peruuttaa kieltö milloin tahansa.

Potilasasiakirjat laaditaan nykyisin lähes yksinomaan sähköisesti ja tallennetaan potilastietojärjestelmiin. Kuitenkin pääosa kaikista asiakirjoista on edelleen paperilla. Yhteinen potilastietorekisteri käsittää kaikki potilasasiakirjatiedot riippumatta siitä, missä muodossa ne on tallennettu. Potilastietojen käyttöön liittyvät säännökset potilaan suostumuksesta koskevat asiakirjoja samalla tavalla riippumatta siitä, miten ne on tallennettu. Silloin kun asiakirjat ovat sähköisenä ja niitä käytetään siinä muodossa edelleen terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä, on potilasta koskevien tietojen käytön asianmukaisuuden varmistamiseksi tarpeen varmistua siitä, että tietoja käyttö perustuu hoitosuhteeseen. Muutoin on vaarana, että esimerkiksi julkisuuden henkilöiden potilastietoja katsotaan perusteettomasti. Hoitosuhteen olemassaolo voidaan varmistaa parhaiten siten, että sähköisen potilastietojärjestelmään on liitetty toiminto, joka varmistaa hoitosuhteen olemassaolon automaattisesti tietojen käytön yhteydessä. Sen vuoksi pykälän 4 momentissa edellytetään, että järjestelmään sisältyy tällainen ominaisuus. Koska tietoteknisen varmistuksen toteuttaminen voi edellyttää useissa potilastietojärjestelmissä merkittäviä muutoksia, lain voimaantulosäännöksessä ehdotetaan, että vuoden 2013 loppuun saakka varmistuksen voi tehdä muulla luotettavalla tavalla. Edellä mainitun hoitosuhteen varmistuksen lisäksi säännöksessä edellytetään, että

tietojärjestelmien välityksellä tapahtuvaa potilastietojen käyttöä seurataan siten kuin asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettu laissa edellytetään. Näin voidaan tarvittaessa varmistaa myös jälkikäteen potilastietojen käytön asianmukaisuus.

Pykälän 5 momentissa todettaisiin, että sairaanhoitopiiri vastaa alueellaan potilastietorekisterin toteutuksen ja käytön edellyttämistä koordinoitavista. Sairaanhoitopiirien alueilla eri kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on tällä hetkellä käytössään useita eri potilastietojärjestelmiä, joiden toiminnallisuus ja tekniset ominaisuudet poikkeavat jossain määrin toisistaan. Tästä syystä yhteisen rekisterin alueella tarvittaisiin koordinaatiota eräissä sähköiseen tiedonhallintaan liittyvissä toiminnoissa, kuten esimerkiksi käyttövaltuuksien hallinnassa, jotta yhteisen rekisterin lainmukainen ja mahdollisimman sujuva käyttö voidaan turvata.

Kun rekisteröitävien ja rekisterin käyttäjien määrä kasvaa, nousee tietoturvariskeistä käytön valvonta keskeiseen asemaan. Jokainen yhteisrekisterin käyttäjäorganisaatio olisi edelleen vastuussa toiminnassaan syntyneistä potilasasiakirjoista ja niihin liittyvistä velvoitteista muun muassa siten kuin henkilötietolaissa säädetään. Tämän mukaisesti jokainen toimintayksikkö vastaa oman henkilökuntansa osalta potilastietojen käytön valvonnasta. Kun yhteisrekisteriä käytettäisiin alueella yli hallinnollisten organisaatiorajojen, tulee rekisterin käyttöä valvoa myös siten, että käyttöoikeuksia ja potilastietojen käyttöä tarkastellaan yli organisaatiorajojen. Sairaanhoitopiirien tehtävänä olisi siten vastata myös yhteisrekisterin käytön valvonnan koordinaatiosta. Yhteisrekisterin rekisterinpitäjien tulee sairaanhoitopiirin johdolla toteuttaa rekisterin käyttövaltuuksien toteutus ja käytön valvonta siten, että valvonta on tosiasiallista ja riittävän tehokasta.

10 §. Palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus. Pykälän 1 momentin mukaan terveydenhuollon palvelujen sisältöä ja laajuutta arvioitaessa on otettava huomioon kunnan tai sairaanhoitopiirin asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila. Palvelujen sisällön ja laajuuden tarvetta voitaisiin seurata esimerkiksi tämän lain 12 §:ssä kunnalle asete-

tun seurantavelvoitteen avulla. Säännöksen tavoitteena olisi toteuttaa perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Tarvearviointi sairauenhoidon osalta tulee tehdä lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Terveydenhoidon osalta voidaan tarvetta arvioida myös muin terveystieteellisin perustein.

Pykälän 2 momentin mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin olisi järjestettävä terveydenhuollon palvelut yhdenvertaisesti alueellaan. Säännöksen tavoitteena olisi toteuttaa terveydenhuollossa perustuslain 6 §:n mukainen yhdenvertaisuusvaatimus. Esimerkiksi kuolevan ihmisen kannalta saattohoidossa vallitsee epätasa-arvo hoidon järjestämisessä eri alueilla. Myös ammattihenkilöstön koulutuksessa on saattohoidon osaamisessa puutteita.

Pykälän 3 momentin mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin tulisi järjestää terveydenhuoltopalvelut lähellä asukkaitaan, myös haja-asutusalueilla. Terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen mahdollisimman lähellä asukkaita rajoittaa kuitenkin se, että palvelujen alueellinen keskittäminen on toisinaan tarpeen erityisesti potilasturvallisuuden ja palvelujen laadun turvaamiseksi. Silloin kun palvelujen keskittäminen on terveydenhuollon alueellisen tai ammatillisen työnjaon mukaan perusteltua, palveluja voitaisiin kuitenkin keskittää.

2 luku **Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen**

11 §. Terveys- ja hyvinvointivaikutusten huomioon ottaminen. Pykälään sisältyy velvoite terveys- ja hyvinvointinäkökohtien ottamisesta huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa. Säännöksen tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntien perustehtävänä nostettaisiin kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi ja se olisi kytketty osaksi kunnan johtamisjärjestelmää.

Terveyttä ja hyvinvointia koskevia päätöksiä tehdään ja toteutetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen ohella kunnan kaikilla toimialoilla, muun muassa kaavoituksessa, rakentamisessa, asumisen suunnittelussa ja toteutuk-

sessä, liikennesuunnittelussa sekä koulutuksessa ja työelämässä. Liikunta-, nuoriso- ja kulttuuritoimen palvelut voivat myös merkittävästi edistää terveyttä ja hyvinvointia. Päätösten vaikutukset eri väestöryhmiin voivat olla hyvin erilaisia. Sosiaali- ja terveysvaikutusten ennakoarvioinnilla voidaan etukäteen arvioida eri päätösvaihtoehtojen vaikutuksia eri väestöryhmien terveyteen ja hyvinvointiin, osana normaalia valmistelutyötä. Apuna tässä voidaan käyttää terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa valmisteltuja oppaita ja ohjeita

12 §. *Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kunnassa.* Lakiin ehdotetaan sisällytettäväksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskeva yleissäännös, jolla vahvistettaisiin terveyttä ja hyvinvointia edistävää työtä. Pykälässä säädetään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä yhtenä kokonaisuutena, kuten useimmissa kunnissa käytännössä jo tehdäänkin. Vuonna 2006 kansanterveyslakiin tehdyn uudistuksen tavoitteena oli myös terveyttä edistävän työn tukeminen. Lakiin tarkennettiin kunnan roolia terveyden edistämisessä. Kunta velvoitettiin seuraamaan kunta-laisten terveydentilaa väestöryhmittäin ja otamaan terveysnäkökohdat huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa. Lisäksi edellytettiin yhteistyötä kaikkien kunnassa toimivien tahojen kanssa. Tarkoituksena oli varmistaa terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan riittävä toteutuminen. Tätä työtä tukemaan valmistui 2006 terveyden edistämisen laatusuositus, joka jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää ja tukee kuntien omaa laadunhallintatyötä. Tavoitteena on tukea terveyttä ja hyvinvointia yhteiskuntapolitiikan eri keinoin.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeinen tavoite on terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen ja terveysongelmien ehkäisy. Merkittävä osa sairauksista on ehkäistävissä terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn keinoin. Poikkihallinnollisen yhteistyön lisääminen kuntien eri toimialojen sekä kansallaisjärjestöjen ja elinkeinoelämän kanssa on avainasemassa. Yksilön terveyskäyttäytymisen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen kuuluvat sellaiset toimet, joilla pyritään muuttamaan sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristöön

liittyviä olosuhteita terveyttä ja hyvinvointia edistäviksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vahvistamiselle kunnissa on vankat taloudelliset perustelut. Mikäli laaja-alainen ja pitkäjänteinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, sen edellytysten luominen, varhainen puuttuminen ja ennalta ehkäisy lyödään laimin tai resursoidaan riittämättömästi, lisääntyvien sairauksien ja niiden hoidon kustannustaakka kasvaa. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tulisi nähdä kunnissa tuottavana investointina, jonka hyödyt eivät välttämättä realisoidu lyhyellä tähtäimellä, mutta näkyvät pidemmän tarkastelun kuluessa.

Pykälän 1 momenttiin sisältyy kunnan asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin tilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta- ja raportointivelvoite. Kunnan toiminnan suunnittelussa tulisi käyttää kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysindikaattoreita (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen valmistelemat suositukset seurantaindikaattoreista). Lisäksi kunnat velvoitetaan valmistelevaan suunnittelun ja päätöksenteon tueksi kerran valtuustokaudessa hyvinvointikertomus, analyysi johon kerätään tietoa asukkaiden terveydestä ja hyvinvoinnista ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä palvelujärjestelmän kyvystä vastata näihin tarpeisiin. Tiedot kerätään väestöryhmittäin, mikä mahdollistaa tarvittavien toimien kohdentamisen. Hyvinvointikertomuksen johtopäätökset toimivat kunnan strategisen suunnittelun perustana.

Mitä paremmin kunnissa tiedetään asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin tilanne, sitä tehokkaammin pystytään puuttumaan ongelmiin, ehkäisemään niiden syntyä ja ryhtymään toimiin, joilla asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia voidaan parhaiten edistää.

Pykälän 2 momenttiin sisältyy velvoite asettaa kunnan strategisessa suunnittelussa tavoitteita kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistävästä ja ongelmia ehkäisevästä toimenpiteistä ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista. Tavoitteet perustuvat asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin nykytilaan, paikallisiin olosuhteisiin sekä paikallista toimintaa tukeviin kansallisiin terveyspoliittisiin linjauksiin. Toimeenpano tulisi kytkeä osaksi kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua ja päätöksentekoa ja toimeenpa-

non seuranta osaksi kunnan kokonaisvaltaisia arviointi- ja seurantajärjestelmiä. Tavoitteet voivat toteutua vain, jos niihin on osoitettu riittävät voimavarat, varmistettu tarvittava osaaminen ja luotu toiminnan seuranta- ja arviointijärjestelmät.

Pykälän 3 momenttiin sisältyy velvoite vastuutahojen määrittelystä, poikkihallinnollisesta yhteistyöstä ja yhteistyöstä terveyden edistämisessä muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Poikkihallinnollinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnan johtamisjärjestelmässä tarkoittaa sitä, että sovitaan vastuusta, työnjaosta, yhteistyökäytännöistä ja voimavarojen kohdentamisesta eri toimialojen kesken. Toiminnan suunnittelu-, seuranta- ja arviointivastuu on osa sitä. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen järjestelyissä on huomioitava yritysten, yleishyödyllisten yhteisöjen ja kansalaisjärjestöjen mahdollisuudet osallistua aktiivisena toimijana kunnan ja alueen toimintaan.

Yhteistyövelvoite koskee myös yhteistoiminta-alueiden ja peruskunnan muiden toimialojen välistä yhteistyötä. Yhteistoiminta-alueiden tulisi antaa jäsenkunnille asiantuntija-apua erityisesti sosiaalisten ja terveysvaikutusten ennakkoarvioinnissa sekä osallistua poikkihallinnolliseen yhteistyöhön kunnissa. Tällä pyritään varmistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydet kunnan muuhun toimintaan, niin että kuntien eri hallinnonalat voisivat osallistua hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitteluun ja toteutukseen. Yhteistoiminta-alueilla erityisesti terveysseurannan mahdollisuudet paranevat.

13 §. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin kunnan velvollisuudesta järjestää asukkaidensa terveysneuvonta heidän terveytensä ja hyvinvointinsa edistämiseksi sekä sairauksien ehkäisemiseksi. Terveysneuvonnalla tarkoitetaan ammattihenkilöstön toimintaa, jossa yksilöiden, perheiden ja väestön hyvinvointia tuetaan suunnitelmallisella terveyslähtöisellä vuorovaikutuksella ja viestinnällä yksilö-, ryhmä- ja väestötasolla. Terveysneuvonnan on sisällyttävä soveltuvin osin kaikkiin terveydenhuollon käynteihin, myös sairaanhoitoon. Yleislääkärin sekä muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuten sairaan-

hoitajan, terveydenhoitajan ja fysioterapeutin vastaanotoilla annettavaa terveysneuvontaa on tehostettava yksilöllisten tarpeiden ja jäljempänä kuvattavien keskeisten sisältöalueiden mukaisesti.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin kunnan velvollisuudesta järjestää asukkaidensa terveystarkastukset. Terveystarkastuksella tarkoitetaan kliinisillä tutkimuksilla tai muilla tarkoituksenmukaisilla ja luotettavilla menetelmillä suoritettua terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn tarkastusta sekä terveyden edistämiseen liittyvää terveydentilan selvittämistä. Terveystarkastuksia voidaan järjestää ikäryhmittäin sekä suunnattuna muiden palvelujen yhteyteen erityisille kohderyhmille, joiden terveystilanne ja sairausriskit ilman tehostettua neuvontaa ja seurantaa todennäköisesti pahenevat aiheuttaen merkittävää kuormitusta sekä yksilöille itselleen että palvelujärjestelmälle.

Väestön ikääntyminen ja monet elintapa-sairaudet ovat lisänneet tarvetta tehostaa terveyden edistämistoimia. Esimerkiksi tyypin 2 diabetes, jonka tärkein yksittäinen riskitekijä on lihavuus, on yleistynyt voimakkaasti. Diabetes on kallein kansantautimme, vuotuisten kustannusten arvioidaan olevan 505 miljoonaa euroa. Mikäli kehityssuunta jatkuu, on Suomessa nykyiseen verrattuna kaksinkertainen määrä diabetesta sairastavia vuonna 2030. Diabeteksen ehkäisy on tehokkuus ja vaikuttavuus on vakuuttavasti osoitettu suomalaisilla tutkimuksilla, joissa on motivoitu riskiryhmiin kuuluvia parantamaan ruokatottumuksia, lisäämään liikuntaa ja lopettamaan tupakointi. Myös sepelvaltimotaudeista ja aivoverenkierron häiriöistä merkittävä osa voitaisiin estää samoilla elintapamuutoksilla. Ravitsemusvirheet, liikunnan vähäisyys, tupakointi ja alkoholin käyttö selittävätkin väestön sairastavuudesta ja ennenaikaisesta kuolleisuudesta 60–70 prosenttia.

Riskiryhmään kuuluvia terveysneuvonnan ja terveystarkastusten avulla sekä mahdollistamalla terveellisiä elintapavalintoja ympäristön ja yhteiskunnan toimilla voidaan saada aikaan merkittäviä elämäntapamuutoksia. Monien sairauksien riskiä voidaan asiantuntijoiden arvion mukaan todennäköisesti alentaa korkeasti koulutetun väestön tasolle, jolloin vähentämispotentiali olisi 20–40 prosenttia

nykyisestä sairastavuudesta. Useiden terveyden edistämisen interventioiden kustannukset laatupainotettua elinvuotta kohden ovat vain murto-osa sairauksien hoitotoimenpiteiden vastaavista kustannuksista. Terveystieteiden kasvavien kustannusten näkökulmasta onkin merkittävää, että terveyttä edistävillä toimilla voidaan vähentää hoidon tarpeen kasvua ja hillitä kustannusten nousua.

Väestön sairauksien ehkäisemiseksi, työ- ja toimintakyvyn tukemiseksi ja mielenterveyden edistämiseksi keskeisiä aiheita kaikessa terveysneuvonnassa ja terveystarkastuksissa ovat edellä mainitut ravinto, liikunta, tupakointi ja alkoholin käyttö sekä elämänhallinta ja sosiaaliset suhteet. Neuvonnassa on ympäristön suomien valinnan mahdollisuuksien lisäksi tarpeen kiinnittää huomiota yksilön vastuuseen.

Elämänhallinnan ja stressinhallinnan taidot ja hyvät sosiaaliset suhteet ovat mielenterveyttä suojaavia tekijöitä. Erityisesti riskiryhmien terveystarkastuksissa (esimerkiksi asevelvollisuuden keskeyttäneet, pitkäaikais-työttömät) voidaan liittää yksilöllistä tai ryhmässä annettavaa ohjausta stressinhallinnan ja elämänhallinnan taitoihin.

Viidennes väestöstä kärsii merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta. Mielenterveyshäiriöt ovat suurin yksittäinen uusien työkyvyttömyyseläkkeiden peruste, erityisesti nuorilla työura ei yhä useammin pääse edes alkamaan mielenterveyshäiriön aiheuttaman toimintakyvyttömyyden vuoksi. Pitkäkestoisilla mielenterveyshäiriöillä on suuri elämänlaatua heikentävä vaikutus. Erityisesti liiallinen päihteiden käyttö on yhteydessä mielenterveyshäiriöihin sairastumiseen ja huonoon toipumiseen. Hyvät ihmissuhteet edistävät ja suojaavat ihmisen terveyttä.

Terveellinen ravinto on hyvinvoinnin perustekijä. Epäterveelliset ruokatottumukset lisäävät merkittävästi sydän- ja verisuonitautien ja tyypin 2 diabeteksen lisäksi useiden syöpämuotojen sekä hammaskarieksen riskiä. Erityisesti ylipainoisuus ja lihavuus ja niihin liittyvät sairaudet ja pulmat muodostavat kasvavan kansanterveysongelman. Ravitsemusneuvontaa tulee olla tarpeen mukaan saatavilla kaikissa elämänvaiheissa. Ravitsemusneuvonnalla voidaan vähentää veren kolesterolipitoisuutta ja verenpainetta sekä pie-

mentää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitautiin. Ravitsemusinterventiolla voidaan edesauttaa laihtumista ja pienentää merkittävästi riskiryhmien sairastumista tyypin 2 diabetekseen. Laitoksissa asuvien vanhusten ravitsemustilan parantaminen lisää merkittävästi heidän terveydentilaansa ja hyvinvointiaan.

Säännöllinen liikunta lisää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä kaikissa elämänvaiheissa. Se vähentää ennen aikaista kuolleisuutta ja sepselvaltimotaudin sekä aikuisiän diabeteksen lisäksi kohonneen verenpaineen ja paksusuolen syövän ja esiintymistä. Säännöllinen liikunta on tärkeää lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa. Liikunta edistää myös mielenterveyttä ja on tärkeää luuston, lihaksiston ja nivelten terveydelle. Se vaikuttaa myönteisesti iäkkäiden toimintakykyyn, itsenäiseen selviytymiseen ja siten myös elämänlaatuun.

Terveystieteidenhuollossa liikuntaa edistetään väestölle suunnattuna terveysviestintänä sekä yksilöiden ja ryhmien neuvontana. Suunnitelmallinen liikuntaneuvonta on erityisen tärkeää niille asiakkaille, jotka liikkuvat vähän ja joille liikunnalla on erityinen sairastumisvaaraa vähentävä tai sairauden hoitoa tai kuntoutusta edistävä merkitys. Terveystieteidenhuollon on tehtävä tiivistä yhteistyötä etenkin liikuntatoimen sekä alan järjestöjen ja yrittäjien kanssa.

Tupakointi on tärkein yksittäinen ehkäistävissä oleva sairauksien ja ennen aikaisen kuolleisuuden aiheuttaja. Tupakka tappaa ennen aikaisesti puolet tupakoitsijoista. Alempien sosioekonomisten väestöryhmien tupakointi on keskeisin väestöryhmien terveyseroja selittävä tekijä. Tupakoimattomuuden edistäminen sisältää tupakoinnin aloittamisen ehkäisyn, tupakoinnin lopettamisen tukemisen, elinympäristön savuttomuuden edistämisen sekä tupakoimattomuutta edistävän asenneilmapiirin vahvistamisen. Kuntalaisille tulisi eri elämänvaiheissa tarjota tupakointiin liittyvää ymmärrettävää ja tieteellisesti perustuvaa terveysneuvontaa ja tukea. Terveystieteiden on myös organisoitava yksilöllinen vieroitus hoito ja vieroitusryhmät.

Alkoholiperäinen tauti tai tapaturmainen alkoholimyrkytys on työikäisten miesten ja

naisten yleisin kuolemansyy. Alkoholilla voi aiheuttaa sairauksia lähes ihmisen koko elimistössä, ja se on tärkeä liikalihavuuden, tapaturmien ja väkivallan taustatekijä. Terveystieteidenhuollon tehtävänä on tunnistaa ja hoitaa potilaita, joiden terveyden alkoholinkulutus saattaa vaarantaa. Tieto alkoholinkäytön määrästä ja tiheydestä auttaa myös potilaan vaivojen taustalla olevan todellisen diagnoosin löytämistä. Tavoitteena on, että alkoholisoiden kysyminen potilailta olisi terveydenhuollon rutiinitoimintaa. Kun niin kutsuttu mini-interventio otetaan Suomessa käyttöön, voidaan karkeasti arvioida, että noin 600 000 riskikäyttäjistä 60 000-120 000 vähentää merkittävästi kulutustaan lyhytneuvonnan avulla. Alkoholin lisäksi muut päihteet kuten alkoholin korvikkeet, huumausaineet, lääkkeet ja näiden sekakäyttö on otettava huomioon terveysneuvonnassa.

Tehokas tapaturmien ehkäisy tarjoaa kunnille merkittävän mahdollisuuden vähentää terveydenhuollon kuormitusta. Esimerkiksi koti- ja vapaa-ajan tapaturmista arvioidaan aiheutuvan noin neljän miljardin euron kustannukset vuodessa. Vanhusväestön kaatumisia ja murtumia on tutkimusten mukaan voitu vähentää 15-35 prosenttia neuvonnalla, kodin riskien ja vanhuksen lääkityksen tarkastuksilla, lihasvoima- ja tasapainoharjoituksilla sekä kodin muutostöillä.

Pykälän 2 momentin mukaan terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia on järjestettävä myös nuorille ja työikäisille, jotka eivät kuulu opiskelu- tai työterveyshuollon piiriin. He ovat muuhun vastaavan ikäiseen väestöön verrattuna eriarvoisessa asemassa palvelujen saannissa. Opiskeluterveydenhuollon ulkopuolelle jäävät opintonsa keskeyttäneet ja nuoret, joilla ei ole peruskoulun jälkeen jatko-opiskelu- tai työpaikkaa. Tähän ryhmään kuuluvat myös asevelvollisuuden keskeyttäneet. Näiden nuorten syrjäytymisvaara on muita vastaavan ikäisiä suurempi. Nuoren syrjäytymisestä aiheutuvat kustannukset yhteiskunnalle ovat Valtiontalouden tarkastusviraston kertomuksen (146/2007) mukaan huomattavat.

Työterveyshuollon palvelujen ulkopuolelle jäävillä tarkoitetaan työvoimaan kuuluvia henkilöitä, joilla ei ole oikeutta työterveyshuollon palveluihin. Työttömät voivat huo-

nommin ja ovat sairaampia kuin työlliset. Työkyvyn puutteet ovat usein työllistymisen esteenä ja uhkana syrjäytymiselle. Työttömyyden työ- ja toimintakykyä tukevassa terveysneuvonnassa sekä työkyvyn, ammatillisen tai lääkinnällisen kuntoutustarpeen arvioinnissa sekä kuntoutukseen ohjauksessa tarvitaan erityisosaamista. Terveystarkastuksissa ja ohjauksessa on otettava huomioon erityistä sairastumisenvaaraa aiheuttavasta työstä työttömäksi jäävät tai eläkkeelle siirtyvät. Heille terveystarkastukset tulee tehdä määräaikaista ja altistekohtaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmallisen toiminnan lisäksi tarvitaan yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon, työ- ja elinkeinohallinnon sekä Kansaneläkelaitoksen kesken. Syrjäytymiskehityksen seurauksena osa työttömistä ei oma-aloitteisesti hakeudu terveyspalvelujen piiriin, vaan heidän tavoittamisensa vaatii yhteistyötä työvoimaviranomaisten kanssa.

Pykälän 2 momentin mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille ehkäisyneuvontaa ja muita seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman mukaan raskauden ehkäisyneuvontaa ja sukupuoliteitse tarttuvien tautien ehkäisyä ja vähentämistä sekä yleistä seksuaaliterveyden edistämistä on tarpeen tehostaa etenkin nuorilla. Seksuaaliterveysneuvonta on liitettävä kaikkiin terveyden- ja sairaanhoitopalveluihin, sillä epäasiallinen tai riittämätön tieto, monien kansansairauksien vaikutukset seksuaaliterveyteen ja väestön ikääntyminen ovat lisänneet väestön neuvonnan tarvetta. Neuvontapalveluja tarvitsevat myös miehet, maahanmuuttajat ja monet erityisryhmiin kuuluvat. Lisäksi on tehostettava seksuaalisen väkivallan ehkäisyä, varhaista tunnistamista ja jatkohoitoon ohjaamista.

Pykälän 3 momentin mukaan terveystarkastusten ja niiden perusteella suunnitellun terveysneuvonnan on muodostettava suunnitelmallinen kokonaisuus niin yksittäisellä käyntikerralla kuin yksilön elämänsä aikana. Tämä edellyttää siirtymävaiheiden ja palvelukokonaisuuden sekä tarvittavan yhteistyön suunnittelua yksilön, perheen ja yhteisön terveyden edistämisen näkökulmasta.

14 §. Seulonnat. Seulonnan ja joukkotarkastusten tarkoituksena on sairauksien, niiden esiasteiden tai taudin aiheuttajien löytyminen vielä oireettomasta väestöstä. Seulonnan järjestämisen perusteena on tutkimusnäyttöön perustuva tieto varhaisen diagnoosin ja hoidon hyödyllisyydestä kyseisessä sairaudessa. Esimerkiksi kuolleisuutta kohdunkaulan syöpään on voitu pienentää murto-osaan syövän esiasteiden seulonnan ja varhaisen hoidon ansiosta. Parhaimmillaan seulonta on olennainen osa kansanterveys-työtä.

Ehdotuksella seulontoja koskevaa säännösperustetta täsmennetään. Ehdotuksella säädettäisiin yhtäläiset perusteet kaikille osana perusterveydenhuoltoa tehtäville seulontatutkimuksille siitä riippumatta, onko kyseessä valtakunnallisen seulontaohjelman piiriin kuuluva seulonta vai muu kunnan seulontaohjelman piiriin kuuluva seulonta. Seulonnat ovat osa tauteja ja sairauksia ennaltaehkäisevää työtä. Ehdotuksella pyritään yhtenäistämään seulontojen toteuttaminen niistä saatavan terveyshyödyn ja vaikuttavuuden varmistamiseksi. Seulontojen tavoitteena on vähentää tautien aiheuttamaa sairastuvuutta, vammoja ja kuolleisuutta toteamalla tauti tai sen esiaste varhaisessa vaiheessa. Varhainen diagnoosi ja hoito parantavat taudin ennustetta, säästävät hoidosta aiheutuvia kustannuksia sekä parantavat potilaan elämänlaatua. Ehdotus vastaa tarkoitukseltaan nykyistä käytäntöä.

Kunnan järjestämisvelvollisuuteen kuuluvien seulontojen lisäksi kunnat voivat toteuttaa osana perusterveydenhuoltoa muitakin seulontatutkimuksia, jos ne täyttävät asetuksessa 1339/2006 kuvatut yleiset laatuvaatimukset. Seulonnat toteutetaan usein osittain tai kokonaan ostopalveluna. Tällöin on hankintalain vaatimusten lisäksi huolehdittava erityisesti siitä, että seulontaprosessin kaikki osat täyttävät laadukkaan toiminnan vaatimukset.

15 §. Neuvolapalvelut. Pykälässä säädettäisiin äitiys- ja lastenneuvolatyön keskeisestä sisällöstä. Säännöksellä halutaan korostaa ehkäisevän työn aloittamisen tärkeyttä jo lasta odotettaessa, sillä odotusaika ja varhaislapsuus muodostavat lapsen kasvun ja kehityksen, tottumusten muotoutumisen ja moni-

en pulmien ehkäisyn kannalta ratkaisevan vaiheen. Odotusaika on otollinen hetki saada tietoa myös oman tulevan lapsen suun hoidosta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Lapsen huonoa suun terveyttä ennakoivat se, että vanhemmilla on runsaasti hoitamattomia suusairauksia ja omahoitotottumukset ovat riittämättömiä. Säännöksellä halutaan vahvistaa koko ikäluokat kattavien ehkäisevien terveyspalvelujen asemaa ja toteuttamista osana ehkäisevää lastensuojelua. Ehkäisevän toiminnan mahdollisuudet neuvoloissa ovat hyvät, sillä käytännössä lähes kaikki lasta odottavat ja alle kouluikäisten lasten perheet käyttävät näitä palveluja. Sairauksien ja kehityksellisten häiriöiden varhainen toteaminen ja hoitoon ohjaus ehkäisevät pysyvien vaurioiden syntymistä. Neuvolassa käytettyjen menetelmien vaikuttavuutta kehitetään jatkuvasti uuden tutkimustiedon ja kehittämistyön myötä. Neuvolapalveluihin kuuluvien terveysneuvonnan ja terveystarkastusten sisällöstä ja määrästä sekä ehkäisevästä suun terveydenhuollosta säädetään tarkemmin valtioneuvoston neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetulla asetuksella, jäljempänä valtioneuvoston asetus, jäljempänä valtioneuvoston asetus 380/2009. Lastenneuvolatyön tavoitteita ja sisältöjä kuvataan tarkemmin Lastenneuvolaoppaassa (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena -opas työntekijöille STM oppaita 2004:14). Raskaana olevan naisen terveystarkastuksia koskevien suositusten uusiminen käynnistetään vuonna 2010.

Pykälän 2 momentin 1–3 kohdissa säädettävät terveydenhoitajan ja lääkärin tekemät terveystarkastukset sisältyvät edellä mainittuun asetukseen. Terveystarkastukset perustuvat lääketieteelliseen ja muiden lähialojen tutkimukseen sekä laajan asetusta valmistelleen asiantuntijaryhmän kannanottoihin. Terveystarkastusten perusteluja esitetään myös Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa: Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto.

Pykälän 2 momentin 1–2 kohdan mukaan sikiön ja lapsen fyysisen ja psyykkisen kasvun ja kehityksen seuraaminen ja edistäminen edellyttää systemaattisten ja luotettaviksi

osoitettujen työvälineiden käyttöä kaikilla kehityksen osa-alueilla. Leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviointimenetelmällä kyetään ennakoimaan pitkäkestoisia ongelmia ja tunnistamaan suurimmassa oppimisvaikeusriskissä olevat jo varhaisessa vaiheessa. Näin monet ongelmat pystytään hoitamaan ennen koulun aloittamista ja vähentämään erityisopetuksen tarvetta. Lapsen psykososiaalisen kehityksen ja terveyden arviointi ja seuranta tehostuvat lähivuosina, kun perusterveydenhuoltoon kehitetty menetelmä levitetään kaikkiin terveyskeskuksiin.

Pykälän 2 momentin 3 kohdan mukaan lapsen suun terveydentilan aktiivinen seuranta ja edistäminen ensimmäisten elinvuosien aikana muodostaa perustan myöhemmälle suun terveydenhuollolle.

Pykälän 2 momentin 4 kohdan mukaan neuvolassa on tuettava vanhempien hyvinvointia, vanhemmuuden taitoja mukaan lukien lapsen ja vanhemman varhainen vuorovaikutus, sekä parisuhdetta, sillä ne ovat keskeisiä lapsen terveyttä ja hyvinvointia määrittäviä tekijöitä. Vaikuttavaksi osoitettu varhaisen vuorovaikutuksen menetelmä (Vavu), joka tukee lapsen mielenterveyttä ja vanhempien kykyä myönteiseen vuorovaikutukseen lapsen kanssa, on otettava käyttöön kaikissa neuvoloissa. Moniammatillisesti järjestetyn vanhempainryhmätoiminnan avulla voidaan vahvistaa vanhempien taitoja ja tarjota vertaistukea.

Pykälän 2 momentin 5 kohdan mukaan neuvolassa edistetään kodin lisäksi myös muiden kasvu- ja kehitysympäristöjen terveellisuutta ja turvallisuutta, jotta nämä ympäristöt turvaisivat lapselle mahdollisuuden tasapainoiseen kehitykseen, hyvinvointiin ja ihmissuhteisiin. Kehitysympäristöillä tarkoitetaan fyysistä ympäristöä, jossa lapsi ja nuori kehittyy ja johon hän on itse osallinen ja vuorovaikutuksessa. Keskeisiä kehitysympäristöjä ovat kodin lisäksi varhaiskasvatuksen ympäristöt, koulu sekä vapaa-ajan ympäristöt, mukaan lukien virtuaaliset ympäristöt. Elintapaneuvonnan vaikutuksista lasten ja perheiden tottumuksiin kertyy jatkuvasti uutta näyttöä. Tehostetulla neuvonnalla on voitu vaikuttaa perheiden tottumuksiin, esimerkiksi ravitsemustottumuksiin ja painonhallintaan. Tutkimusten mukaan vanhempien alkoholin-

käytön tunnistamista on tarpeen tehostaa raskauden aikana ja pikkulapsivaiheessa.

Pykälän 2 momentin 6 kohdan mukaan pykälässä säädettäisiin erityistä tukea tai tukimuksia tarvitsevien lasten ja perheiden varhaisesta tunnistamisesta, tukemisesta ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai hoitoon ohjaamisesta. Varhaisella tunnistamisella ja hyvin ajoitetuilla tukitoimenpiteillä voidaan ehkäistä ongelmien vaikeutumista ja usein myös vähentää lastensuojelullisten toimenpiteiden tarvetta. Erityisen tuen tarve tulisi selvittää, jos lapsessa, perheessä tai ympäristössä on tekijöitä, jotka voivat vaarantaa lapsen tervettä kasvua ja kehitystä. Sosiaali- ja terveysministeriön soveltamisohjeet (STM 2009:20) sisältävät esimerkkejä tilanteista, joissa lapsen, nuoren ja perheen tilannetta ja tuen tarvetta on arvioitava. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksessa kehitetyt Toimiva lapsi & perhe – työmenetelmät ovat vaikuttavia tapoja vähentää ongelmien siirtymistä sukupolvelta toiselle ja tukea perhettä silloin, kun vanhemmalla on mielenterveys- tai päihdeongelma tai muu vakava sairaus. Muita toimiviksi osoittautuneita menetelmiä ovat kotiin viety perhetyö ja mahdollisimman varhain aloitettu sosiaalitoimen intensiiviperhetyö. Palvelujen kohdentamista tarvitaan myös lapsiperheiden terveyserojen kaventamiseksi.

Pykälän 3 momentin mukaan perheiden tukemisessa tarvitaan suunnitelmallista ja synergiaetuja antavaa yhteistyötä kunnan tai kuntayhtymän alueella lapsiperhetyötä tekevien kesken. Keskeisiä tahoja ovat varhaiskasvatus, lastensuojelu ja muu sosiaalityö sekä kolmas sektori. Neuvolapalveluja ja niiden järjestämisessä tarvittavaa yhteistyötä kehitetään koko maassa osana Kaste-ohjelman lasten, nuorten ja perheiden palvelujen kokonaisuutta. Perustasolla kehitetään ja nivotaan yhteen kehitystä tukevat, ongelmia ja häiriöitä ehkäisevät ja korjaavat palvelut yli nykyisten sektorirajojen. Erityispalveluja kuten erikoissairaanhoitoa kehitetään tukemaan peruspalveluja erilaisilla työmenetelmillä ja palveluja tuodaan suoraan lasten ja nuorten kehitysympäristöihin. Ohjelmassa kehitetään erilaisia perhekeskus- ja perhepalvelumalleja ja levitetään hyviä vaikuttaviksi todettuja käytäntöjä. Neuvolapalvelujen ke-

hittäminen edellyttää riittävää määrää osavia työntekijöitä.

16 §. Kouluterveydenhuolto. Pykälän 1 momentin mukaan kouluterveydenhuollon palvelut on tarkoitettu kaikille peruskoululaisille. Kouluterveydenhuollon palvelujen tulisi olla koululaisten ja perheiden helposti saatavissa. Myös opettajien kanssa tehtävän yhteistyön mahdollistamiseksi kouluterveydenhuollon toimitilojen tulisi sijaita koululla tai sen välittömässä läheisyydessä ja palvelujen tulisi olla käytettävissä pääsääntöisesti koulupäivän aikana. Kouluterveydenhuoltoon kuuluvista terveysneuvonnasta, määrällisistä terveystarkastuksista sekä ja niiden määrästä sekä ehkäisevästä suun terveydenhuollosta säädetään valtioneuvoston asetuksessa 380/2009. Tarkemmin kouluterveydenhuollon tavoitteita ja sisältöä kuvataan Kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002, oppaita 51) sekä Kouluterveydenhuollon laatusuosituksessa (STM 2004:8). Palvelujen suunnitelmallisuutta ja toteutumista tulisi seurata ja arvioida säännöllisesti. Koululaisille ja heidän huoltajilleen tulisi tiedottaa kouluterveydenhuollon palveluista sekä niiden saatavuudesta.

Oppilaan työelämään tutustumisjakson (TET) aikainen terveydenhuolto sisältyisi kouluterveydenhuoltoon. Kouluterveydenhuollossa tulisi selvittää oppilaan terveystarkastusarve ennen työharjoittelujaksoa etenkin erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä. Mahdollisesta tarkastusvelvollisuudesta tulisi sopia kouluterveydenhuollon ja työterveyshuollon kesken.

Pykälän 2 momentin 1 kohdan mukaan terveellinen, turvallinen ja esteettisesti viihtyisä oppimisympäristö turvaa fyysiset opiskeluolosuhteet kuten sisäilman laadun sekä koulutyön järjestämisen ja hyvän kouluyhteisön ilmapiirin. Terveyttä edistävä kouluyhteisö sisältää myös terveellisen lounaan ja terveelliset välipalat, jotta kouluissa ei ole tarpeen myydä makeisia ja virvokkeita. Kouluympäristön ja -yhteisön terveellisyyden, turvallisuuden ja hyvinvoinnin seuraamiseksi on kouluympäristö tutkittava määräajoin, vähintään joka kolmas vuosi yhteistyössä työterveyshuollon, työsuojeluhenkilöstön ja muiden tarvittavien tahojen kanssa. Kouluympäristössä ja -yhteisössä havaittujen puutteiden

korjaamista tulisi seurata vuosittain koulun vuosikertomuksen valmistelun yhteydessä ja vuosikertomukseen olisi hyvä liittää lyhyt kuvaus koulun työskentelyolojen kehityksestä ja korjaustoimenpiteiden toteutumisesta.

Pykälän 2 momentin 2 kohdan mukaan kouluterveydenhuoltoon kuuluu oppilaan kasvun ja kehityksen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja seuraaminen vuosiluokittain. Näistä vuosittaisista terveystarkastuksista kolme on niin kutsuttua laajaa, terveydenhoitajan ja lääkärin tekemää perusteellista tarkastusta, joissa seurataan ja edistetään myös vanhempien ja koko perheen hyvinvointia (1., 5. ja 8. luokka). Muut väli-vuosien tarkastukset voivat oppilaan tarpeiden mukaan olla kevyempiä. Terveystarkastusten perustelut on esitetty Sosiaali- ja terveysministeriön soveltamisohjeissa 2009:20. Lapsen ja nuoren fyysisen kasvun ja kehityksen seuranta on tärkeää, koska sen avulla saadaan tietoon erilaisia yleissairauksia, joiden hoito viivästyisi merkittävästi, jos sairaus todettaisiin vasta muiden oireiden perusteella. Kasvun arviointi edellyttää vuosittaista pitkittäistarkastelua, kasvukäyrien piirtämistä ja niiden jatkuvaa täydentämistä ja tulkittamista kasvun seulasääntöihin tukien. Mielen-terveyden häiriöiden esioireet sijoittuvat usein koulu- ja opiskeluikään. Koulun yhteydessä koululaisen käyttäytymisen tai toimintakyvyn muutos on mahdollista huomata varhaisessa vaiheessa. Kouluterveydenhuollon mahdollisuus reagoida koululaisen itsensä ilmaisemiin oireisiin tai päivittäisessä ympäristössään herättämään huoleen on arvokas mahdollisuus varhaiseen tukemiseen.

Pykälän 2 momentin 3 kohdan mukaan yhteistyö vanhempien ja huoltajien kanssa on erityisen tärkeää peruskouluikäisten lasten osalta. Kouluterveydenhuollon tavoitteena tulisi olla mahdollisimman luottamuksellisten suhteiden luominen vanhempiin ja huoltajiin, jotta yhteydenotto kouluterveydenhuoltoon olisi helppoa ja he kokisivat osallistumisen kouluterveydenhuollon tarkastuksiin sekä muut kouluterveydenhuollon yhteydenotot ja kotikäynnit myönteisenä asiana. Kouluterveydenhuollon ensisijainen tehtävä on lapsen terveyden ja hyvinvoinnin varmistaminen ja siksi lapsen ja nuoren näkökulma on aina ensisijainen.

Koko perheen hyvinvoinnilla ja vanhempien voimavaroilla tiedetään olevan huomattava merkitys lapsen terveyteen, hyvinvointiin sekä hoidon ja tuen tarpeeseen, joten laajaan terveystarkastukseen sisältyy lapsen haastattelun, terveydentilan ja kehityksen arvioinnin lisäksi aina myös koko perheen hyvinvoinnin arviointi niiltä osin kuin se on välttämätöntä hoidon ja tuen tarpeen selvittämisen kannalta.

Pykälän 2 momentin 4 kohdan mukaan suun terveydenhuollon tavoitteena on vahvistaa ja yhtenäistää ehkäisevän suun terveydenhuollon toteutumista kouluterveydenhuoltoon kuuluvina palveluina. Kouluterveydenhuoltoon kuuluvasta ehkäisevästä suun terveydenhuollosta ja määräaikaistarkastuksista säädetään valtioneuvoston asetuksessa. Suun terveydenhuollon ehkäisevien palvelujen keskeinen tavoite on parantaa suun omahoitotottumusten toteutumista. Koko ikäryhmän kattavat määräaikaistarkastukset mahdollistavat lasten ja nuorten suun terveyden seurannan väestötasolla ja kehityksen suunnan toteamisen. Asetuksen mukaisten määräaikaistarkastusten lisäksi järjestetään suun tutkimukset, muut suun terveystarkastukset ja hoitopalvelut yksilöllisen tarpeen mukaan. Ehkäisevästä ja tehostetusta ehkäisevästä suun perusterveydenhuollosta ja alle 18-vuotiaiden lasten ja nuorten hampaiden reikiintymisen varhaishoidosta on laadittu valtakunnalliset kiireettömän hoidon perusteet (STM, selvityksiä 2009:5). Lapsille, joilla on erityinen riski sairastua suusairauksiin, on järjestettävä tehostettu ehkäisevä suun terveydenhuolto ja yksilöllisesti määritellyt terveystarkastukset.

Pykälän 2 momentin 5 kohdan mukaan erityisen tuen tarve tulisi selvittää, jos lapsessa, nuoressa, perheessä tai ympäristössä on tekijöitä, jotka voivat vaarantaa lapsen tai nuoren tervettä kasvua ja kehitystä. Asetuksen perustelut ja soveltamisohjeet (STM, 2009:20) sisältävät esimerkkejä tilanteista, joissa lapsen, nuoren ja perheen tilannetta ja tuen tarvetta on arvioitava.

Pitkäaikaissairaana lapsen, kuten diabetesta sairastavan, koulupäivän aikaisesta hoidosta ja tuesta tulisi sopia kouluyhteisössä toimivien aikuisten kesken lapsen aloittaessa koulun tai siinä vaiheessa, kun lapsen sairaus tode-

taan. Diabeteksen hoito on pääsääntöisesti omahoitoa, johon lapsi ja hänen perheensä opastetaan erikoissairaanhoidon diabetesyksikössä. Koska koulupäivän aikana lapsen vanhemmat eivät ole hoitoa valvomassa ja toteuttamassa, joudutaan lapsen hoidossa turvautumaan kouluyhteisön aikuisten apuun. Sosiaali- ja terveysministeriö on valmistellut yhdessä opetusministeriön ja Suomen Kuntaliiton kanssa toimintamallin diabetesta sairastavan lapsen koulupäivän aikaisesta hoidosta (STM selvityksiä 2010:9).

Pykälän 2 momentin 6 kohdassa mainitut asetuksen mukaiset erikoistutkimukset kouluterveydenhuollossa olisi oppilaitoksen sijaintikunnan järjestettävä. Jos kunnassa ei ole tarvittavaa osaamista, on palvelut mahdollista järjestää ostopalveluina. Lapsen ja nuoren mielenterveys on oleellisesti sidoksissa ympäristön olosuhteisiin. Mielenterveyden ongelmien arvioiminen edellyttää yhteistyötä lapsen ja nuoren arkiympäristössä työskentelevien ihmisten ja perheen kanssa. Psykiatrisen tutkimus voi olla osallistumista moniammatilliseen tilannearvioon lapsen tai nuoren optimaalisen tuen järjestämiseksi.

Pykälän 3 momentin mukaan yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa on tarpeen varmistettaessa ennaltaehkäisevästi kouluyhteisön ja koululaisten hyvinvointia sekä selvitettäessä eteen tulevia lapsen pahoinvointia tai muita ongelmatilanteita. Kouluterveydenhuolto on osa koulun oppilashuoltoa. Kouluterveydenhuolto osallistuu oppilaan oppimisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien tunnistamiseen ja selvittämiseen yhteistyössä muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa. Koulun muuta oppilashuollon henkilöstöä tarvitaan usein kouluterveydenhuollon tueksi ratkomaan vanhemmuuden, vuorovaikutuksen ja mielenterveyden ongelmia. Kouluyhteisöissä tulisi laatia oppilashuollon suunnitelma, jossa määriteltäisiin kouluyhteisön toiminta terveyden ja turvallisuuden edistämiseksi, oppilaalle tarjottava yleinen ja erityinen oppilashuollollinen tuki sekä toimintamallit. Toimintamalleja tarvitaan erilaisiin kriisi- ja ongelmatilanteisiin. Toimintamalleilla turvattaisiin ensiavun toteutuminen esimerkiksi tapaturma- ja onnettomuustilanteissa.

Pykälän 4 momentissa tarkoitetuilla oppilashuollolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Oppilashuoltoon sisältyvät opetuksen järjestäjän hyväksymän opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto sekä oppilashuollon palvelut, jotka ovat tässä laissa tarkoitettu kouluterveydenhuolto sekä lastensuojelulaissa (417/2007) tarkoitettu kasvatuksen tukeminen.

Pykälän 5 momentin mukaan kouluterveydenhuolto on osa oppilashuoltoa, johon kuuluvat myös koulumatkat. Hallituksen esityksessä laiksi kansanterveyslain muuttamisesta (HE 234/2006), jossa ehdotettiin täsmennettäväksi suun terveydenhuolto osaksi kouluterveydenhuoltoa, viitataan Suomen Kuntaliiton suositukseen koskien kuljetuksia suun terveydenhuoltoon (2003). Suosituksen mukaan terveyskeskuksen tulee vastata matkakustannuksista, jotka aiheutuvat suun terveydenhuoltoon sovitusta käynneistä tarkastuksissa, tutkimuksissa ja hoidossa, kun matkoja ei ole mahdollista yhdistää koulumatkoihin. Terveyskeskusten ja koulun tulee yhteistyössä huolehtia siitä, että oppilaan vanhemmat saavat tarpeellisen tiedon käynnistä suun terveydenhuollon palveluissa.

Pykälän 6 momentin mukaan mikäli oppilaalle, joka ei ole terveyskeskusta ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymän asukas, on hankittu pykälän 2 momentin 6 kohdan erikoistutkimus, on sen terveyskeskuksen, jota oppilaan kotikunta ylläpitää, suoritettava korvaus oppilaan ja mahdollisesti tarvittuun saattajan matkasta aiheutuneista kohtuullisista kustannuksista.

17 §. Opiskeluterveydenhuolto. Pykälän 1 momentin mukaan perusterveydenhuollon on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien oppilaitosten opiskelijoille riippumatta heidän kotipaikastaan. Opiskeluterveydenhuollon palvelujen tulisi jatkaa saumattomasti peruskoululaisten kouluterveydenhuollon palvelujen jälkeen. Opiskeluterveydenhuolto alkaa lukiosta ja toisen asteen ammatillisesta peruskoulusta ja jatkaa nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista korkeakouluopiskelijoihin saakka. Opiskeluterveydenhuollon sisällöstä sääde-

tään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella 380/2009. Opiskeluterveydenhuollon opas (STM 2006:12) sisältää opiskeluterveydenhuollon tavoitteet, tehtävät ja keskeisen sisällön.

Opiskelijana pidetään opintotukilain (65/1994) 1 ja 7 §:n mukaan opintotukeen oikeutettua opiskelijaa, jonka päätoimiset opinnot kestävät yhtäjaksoisesti vähintään kahdeksan viikkoa.

Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden terveyden- ja sairaanhoito sekä suun terveydenhuolto olisi kunnan suosituksella mahdollista järjestää myös muutoin Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviranomaisen (Valvira) hyväksymällä tavalla kuitenkin siten, että sisältö noudattaa valtioneuvoston asetusta ja muita kansallisia ohjeita. Tällä hetkellä yliopistoissa opiskelevien nuorten terveyden- ja sairaanhoito on järjestetty Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) kautta.

Opiskelijan työharjoitteluajan terveydenhuolto sisältyisi opiskeluterveydenhuoltoon. Opiskeluterveydenhuollossa tulisi työterveyshuollon kanssa yhteistyössä selvittää opiskelijan terveystarkastustarve ennen työharjoittelujaksoa etenkin erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä.

Pykälän 2 momentin 1 kohdan mukaan opiskeluterveydenhuollon tulisi ylläpitää ja parantaa opiskelijoiden hyvinvointia edistämällä opiskeluympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, edistämällä opiskelijan terveyttä ja opiskelukykä ja järjestämällä terveyden- ja sairaanhoitopalveluja opiskelijoille. Lisäksi opiskeluterveydenhuollon tavoitteena tulisi olla omalta osaltaan koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnin varmistaminen. Opiskelu- ja yhteisön terveellisyys, turvallisuuden ja hyvinvoinnin seuraamiseksi on opiskeluympäristö tutkittava määrääjain, vähintään joka kolmas vuosi yhteistyössä oppilaitoksen ja sen opiskelijoiden, opiskeluterveydenhuollon, terveystarkastajan, henkilöstön työterveyshuollon, työsuojeluhenkilöstön ja tarvittaessa muiden tahojen kanssa.

Terveellinen ja turvallinen opiskelu- ja työympäristö muodostuu hyvistä fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista olosuhteista, jotka luovat edellytykset koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnille, opiskelukyvyn säilyttämiselle

sekä tulokselliselle oppimiselle. Opiskeluajan hyvinvointia tukevan kulttuurin syntymistä on tärkeää tukea ja edistää myös siksi, että opiskelijat tulevaisuuden työntekijöinä omaksuvat perusasenteensa ja -valmiutensa työelämäänsä. Tavoitteen toteutuminen edellyttää terveydenhuoltohenkilöstön yhteistyötä oppilaitoksen viranhaltijoiden, terveydensuojeluviranomaisten, työsuojelutoimikuntien ja –viranomaisten sekä opiskelijajärjestöjen kanssa.

Pykälän 2 momentin 2 kohdan mukaan opiskelijan terveyden ja opiskelukyvyn kannalta olisi tärkeää saada kokonaiskäsitys opiskelijan terveydestä ja hyvinvoinnista sekä ohjata opiskelijaa tekemään terveyttä edistäviä valintoja. Keskeistä on opiskelijan elämäntilanteen, itsetunnon ja voimavarojen, motivaation ja riskien kartoitus, muutoshalukkuus tai muutoksen esteiden kartoitus. Opiskelijoille suunnatut määräaikaiset terveydenhoitajan ja lääkärin tekemät terveystarkastukset ja niiden määrät perustuvat valtioneuvoston asetukseen (380/2009). Alle 18-vuotiaille opiskelijoille säädettäisiin kaksi määräaikaista terveystarkastusta, vanhemmille opiskelijoille korkea-asteella tarkastukset tehtäisiin terveystarkastuksessa todetun yksilöllisen tarpeen mukaan. Opiskelijoiden terveystarkastus perustuu opiskelijan haastatteluun, työterveydelliseen riskinarvioon ja ohjaukseen. Opiskelijan terveystarkastuksessa tulisi arvioida opiskelijan terveydentilaa ja voimavaroja myös opinnoista selviytymisen kannalta. Siksi opiskeluterveydenhuollossa toimivan lääkärin ja terveydenhoitajan tulisi olla riittävässä määrin perehtynyt opiskeluterveydenhuollon erityiskysymyksiin. Opiskelijoiden ensimmäisen vuoden terveystarkastuksia voidaan pitää ikäryhmä- tai elämänvaihetarkastuksina, ja niiden sisältö muistuttaa paljon työterveyshuollossa tehtävää terveystarkastusta. Tässä elämänvaiheessa ilmenevät monet sellaiset mielenterveysongelmat, jotka voivat johtaa syrjäytymiseen ja varhaiseen eläkkeelle joutumiseen. Siksi päihdeongelmien, ahdistuneisuuden, masentuneisuuden, eristäytymisen ja aisti- ja ajatushäiriöiden havaitseminen on tärkeää.

Pykälän 2 momentin 3 kohdan mukaan oppilaitoksen sijaintikunnan tehtävänä olisi järjestää opiskeluterveydenhuollon piirissä ole-

ville opiskelijoille terveyden- ja sairaanhoitopalvelut mukaan lukien suun terveydenhuollon palvelut ja mielenterveyspalvelut. Äitiysneuvolapalvelut sisältyisivät terveyden- ja sairaanhoitopalveluihin, jotka opiskelupaikkakunnan tulee järjestää opiskelijoille samalla tavoin kuin kunnan asukkaille. Opiskelijan lapsen lastenneuvolapalvelut eivät kuuluisi opiskeluterveydenhuollon piiriin, niiden järjestämisvelvollisuus olisi lapsen kotikunnalla.

Nuorten tulisi saada neuvoja ja apua seksuaalisuutta koskeviin kysymyksiin helposti peruspalveluina, sillä helppo pääsy vastaanotolle on nuorille erittäin tärkeää. Nuorten seksuaaliterveyspalvelut tulisi mahdollisuuksien mukaan järjestää erillisinä nuorisopalveluina, sillä nuorten kanssa työskentely vaatii omaa erityisosaamista. Ellei erillistä nuorten neuvolaa ole mahdollista järjestää, nuorten tarvitsemia peruspalveluja kehitetään koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa vahvistamalla sekä terveydenhoitajan osaamista vahvistamalla ja valtuuksia laajentamalla. Seksuaaliterveyttä edistäviin palveluihin sisältyvät seksuaalisuutta ja parisuhdetta koskeva neuvonta, lapsettomuuden ehkäisy, ei-toivottujen raskauksien ehkäisy, sukupuolitautien torjunta, seksuaalisen väkivallan ehkäisy sekä muu seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonta.

Avun saaminen mielenterveyshäiriöitä usein edeltäviin stressioireisiin tulisi tapahtua perusterveydenhuollossa. Nuorten kanssa keskustelu tulisi sisältyä terveydenhoitajan työn mitoitukseen. Stressinhallintakeinoja voidaan opettaa nuorille ryhmissä, joihin tulisi olla helppo hakeutua. Myös lievien masennusoireiden ryhmämuotoinen tuki olisi mahdollista toteuttaa opiskeluterveydenhuollon tona esimerkiksi psykologin tai terveydenhoitajan ohjaamana. Suuri osa mielenterveyshäiriöistä voidaan hoitaa perustasolla psykiatrisen erikoissairaanhoidon tuella. Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu vakavampien mielenterveysongelmien tunnistaminen ja tarpeenmukainen ohjaaminen erikoissairaanhoidon. Oikea-aikainen, suunnitelmallinen ohjaaminen erikoissairaanhoidon edellyttää toimivaa nuorisopsykiatrista tai psykiatrista konsultaatiojärjestelmää ja paikkakunnalla etukäteen sovittuja toimintatapoja. Mielenterveyspalvelut edellyttävät monialaista

työskentelyä, verkostoitumista ja työnohjausjärjestelmää, jotka tulee huomioida työn mitoituksessa.

Opiskelijalla tulisi olla mahdollisuus suun terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan neuvontaan ja ohjaukseen sekä yksilöllisen tarpeen mukaiseen suun hoitoon pääsyyn määräajoissa. Uusille opiskelijoille suunnattavissa terveystarkastuksissa selvitetään, onko opiskelijalle tehty yksilöllinen hoito- ja seurantasuunnitelma. Mikäli suunnitelmaa ei ole, sellainen tulisi laatia ja sen toteutumista seurattava. Opiskelijan sairaudet ja elinolojen epäsuotuisat muutokset voivat näkyä suun sairauksina ennen muita havaittavissa olevia terveysvaikutuksia. Kun opiskelijalla on kohonnut riski saada suun sairauksia, annetaan hänelle vastaanotolla tehostettua ehkäisevää hoitoa sekä tehostetaan yksilöllistä terveysneuvontaa, joka tukisi omahoidon vaikuttavuutta.

Pykälän 2 momentin 4 kohdan mukaan erityisen tuen tarvetta on arvioitava muun muassa seuraavissa tilanteissa: nuoren sairaus, mielenterveys- ja päihdeongelmat, kiusaaminen, neurologisen kehityksen ongelmat kuten oppimisvaikeudet, käytöshäiriöt, toistuva hoitoon hakeutuminen tapaturman vuoksi, vanhempien vakavat sairaudet, mielenterveys- ja päihdeongelmat, läheisväkivalta tai perheen tai nuoren toimeentuloon ja elinoloihin liittyvät ongelmat.

Pykälän 3 momentin mukaan yhteistyö ja yhteisöllinen työskentely opiskeluyhteisössä ovat keskeisiä opiskeluterveydenhuollon toimijoiden työmuotoja hyvinvointitoimijoiden verkostossa. Työ on luonteeltaan aloitteellista ja suunnittelevaa ja toteutuu yhteistyössä oppilaitosten, opiskelijajärjestöjen ja muiden opiskeluyhteisön hyvinvointiin vaikuttavien tahojen kanssa. Opiskelijahuoltoryhmien toiminta on erittäin tarpeellista kaikilla opiskeluasteilla; lukioista korkeakouluihin.

Toisen asteen (lukiot ja ammatillinen koulutus) opiskelijoiden kohdalla olisi joissakin tilanteissa tarpeen olla yhteydessä huoltajiin. Huoltajien kanssa tehtävä yhteistyö olisi tärkeä tukea nuoren selviytymisessä. Erityistä tukea ja tarvittaessa jatkohoitoon ohjaamista nuoret tarvitsevat erityisesti päihde- ja mielenterveysongelmissa.

Pykälän 4 momentin mukaan ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 37 a §:n mukaan ja lukiolain 29 a §:n mukaan opiskelijahuollolla tarkoitetaan opiskelijan hyvän opimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa.

Ammatillisesta koulutuksesta annetun lain mukaan koulutuksen järjestäjän tulee toimia yhteistyössä opiskelijaterveydenhuoltoa ja lastensuojelulaissa tarkoitettuja koulupsykologi- ja koulukuraattoripalveluita antavien ja järjestävien viranomaisten ja muiden tahojen kanssa sekä antaa opiskelijoille tieto näistä eduista ja palveluista. Tarvittaessa opiskelija tulee ohjata hakemaan näitä etuja ja palveluita. Lukiolain mukaan koulutuksen järjestäjän on huolehdittava siitä, että erityistä tukea tarvitsevalle opiskelijalle annetaan tieto hänen käytettävissään olevista terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista ja hänet ohjataan hakeutumaan näihin palveluihin.

18 §. Työterveyshuolto. Pykälän 1 momentin mukaan kunnan tulee järjestää kunnan alueella sijaitsevien työ- ja toimintapaikkojen työntekijöille työnantajan järjestettäväksi säädetyt lakisääteiset työterveyshuollon palvelut sekä sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Työterveyshuollolla edistetään ja tuetaan työntekijöiden terveyttä ja työkykyä sekä työssä jaksamista ja työelämään osallistumista. Työterveyshuolto on keskeisessä asemassa ennakoitaessa työkyvyn mahdollista heikkenemistä ja ohjattaessa hoitoon ja kuntoutukseen. Työterveyshuollon erityispiirteinä on työntekijöihin kohdistuvan terveyden edistämiseen ja hoitamiseen liittyvän toiminnan lisäksi vaikuttaa työhön, työolosuhteisiin ja työyhteisöön.

Kunnallinen työterveyshuollon palvelujärjestelmä on keskeinen toimija pienissä asutuskutsuksissa ja haja-asutusalueella, joissa ei ole vaihtoehtoisia työterveyshuollon palvelujen tuottajia. Kunnallinen järjestelmä turvaa, että palvelut ovat saatavilla kaikille työelämään osallistuville yhdenvertaisesti.

Hyvin toimiva kunnallinen työterveyshuoltojärjestelmä luo kunnille edullisen aseman työpaikkojen sijoittumisen suhteen. Kunnallinen työterveyshuolto voi edistää kunnan elinkeinopolitiikkaa tarjoamalla yrityksille ja

yrittäjille työterveyshuollon palveluja, jotka edesauttavat työntekijöiden terveyttä ja työkykyä.

Pykälän 2 ja 3 momentin mukaan kunnan tulee lisäksi järjestää alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville työterveyshuollon palvelut sekä sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Yrittäjien työterveyshuolto ja työterveyshuollon yhteydessä järjestetty sairaanhoito ja muut terveyspalvelut on tammikuun alusta 2006 alkaen järjestetty pykälän säätämässä laajuudessa. Säännökset yrittäjien sairaanhoidosta ja sen korvauksista lisättiin työterveyshuoltolakiin ja sairausvakuutuslakiin vuoden 2006 alusta.

19 §. Merenkulkijoiden terveydenhuolto. Kunnan on ylläpidettävä merenkulkijoille näiden kotipaikasta riippumatta terveydenhuoltopalveluja, joihin kuuluu myös suun terveydenhuolto sekä tuottaa merimiehille varustamon sijaintipaikkakunnasta riippumatta työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja. Tästä on säädetty nykyisen kansanterveyslain, 14 a §:ssä. Nykyisessä kansanterveysasetuksen 5 §:ssä on säädetty Haminan, Helsingin, Kemin, Kotkan, Oulun, Pietarsaaren, Porin, Rauman, Savonlinnan, Turun ja Vaasan kaupungin velvollisuudesta huolehtia säädetyistä tehtävistä. Kansanterveysasetuksen säännös ehdotetaan otettavaksi lain tasolle.

20 §. Iäkkäiden neuvontapalvelut. Pykälässä säädettäisiin iäkkäiden kuntalaisten neuvontapalvelujen järjestämisestä. Kunnan olisi järjestettävä vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia ja terveyttä ja toimintakykyä ylläpitäviä ja edistäviä palveluja. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmassa korostetaan ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistamista. Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan ja Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen sisältyy tavoite luoda koko maan kattava neuvonta- ja palveluverkosto iäkkäille ja lisätä ehkäisevät kotikäynnit osaksi kuntien palveluvalikoimaa. Vuonna 2008 kunnille annetun Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen yksi keskeinen linjaus on ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.

Neuvontapalvelujen tavoitteena on parantaa edellytyksiä ylläpitää ja säilyttää toimintakykyä mahdollisimman pitkään, tukea kotona asumista ja luoda mahdollisuuksia aktiiviseen elämään ja osallisuuteen yhteisössä sekä vähentää ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Tavoitteena on myös kaventaa ikääntyneiden hyvinvointi- ja terveyseroja ja etsiä sellaiset ikäihmiset, joilla on keskimääräistä suurempi riski syrjäytyä tuen ja palvelujen ulkopuolelle. Neuvontapalvelujen tehtävänä on osaltaan varmistaa, että iäkäs kuntalainen saa tarvitsemaansa tietoa, neuvontaa ja oikea-aikaista tukea sekä tarvittaessa ohjausta hakeutua muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen piiriin tai palvelutarpeen arviointiin.

Pykälän 1 momentin mukaan kunnassa järjestettäviä hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä ja tukevia neuvontapalveluja kohdennettaisiin kaikille iäkkäille kuntalaisille. Iäkkäiden henkilöiden neuvontapalvelujen järjestämisvelvoite koskisi vanhuuseläkkeellä olevia henkilöitä. Työterveyshuollon palvelujen piirissä olevien henkilöiden palveluihin syntyy usein katkos henkilön siirtyessä eläkkeelle. Hyvinvointia ja terveyttä turvaavien palvelujen ketju katkeaa usein henkilön jäädessä eläkkeelle, sillä iäkkäiden hyvinvointia ja terveyttä edistäviä ja ehkäiseviä palveluja on tarjolla vain osassa kuntia; vakiintunutta järjestelmää kuten äitiys- ja lastenneuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ja työterveyshuolto ei ole. Neuvontapalveluilla tuettaisiin myös omaisia ja läheisiä sekä omaishoitajia.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Ikäneuvo -työryhmä luovutti ehdotuksensa elokuussa 2009. Työryhmän ehdotusten keskeinen linjaus oli, että iäkkäillä henkilöillä, on, kuten muullakin väestöllä, oltava yhdenvertainen mahdollisuus hyvinvointinsa ja terveytensä edistämiseen.

Nykyisin noin joka neljäs 75 vuotta täyttänyt henkilö tarvitsee toimintakyvyn heikkenemisen takia säännöllisiä palveluja, kuten kotipalvelua, kotisairaanhoitoa tai ympärivuorokautista hoivaa. Osalla ikäihmisistä on hyvinvointi- ja terveysriskejä ja kasaantuvia ongelmia. Suurin palvelutarve alkaa useimmalla vasta 85 ikävuoden jälkeen. Olennaista on, että hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä, jopa lihasvoimaa ja tasapainoa voi-

daan parantaa kaikissa elämänvaiheissa. Lääkäiden neuvontapalveluja oli tarjolla alle sadassa kunnassa vuonna 2007 (Stakesin selvitys 2008).

Iäkkäiden neuvonnalla ja ohjauksella on jo nykyisin myös lainsäädännöllinen perusta sosiaalihuoltolaissa ja kansanterveyslaissa. Sosiaalihuoltolaki sisältää veloitteen neuvontaan ja ohjaukseen. Sosiaalihuoltolain (710/1982) 13 §:n mukaan kunnan on sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä huolehdittava muun muassa ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuuksista ja niiden hyväksikäytöstä sekä sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotustoiminnan järjestämisestä. Kansanterveyslain 14 § sisältää veloitteen huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista sekä seurata kunnan asukkaiden terveydentilaa ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin. Kansanterveyslaki sisältää myös veloitteen huolehtia terveysnäkökohdettien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Nyt pykälässä säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisistä iäkkäiden neuvontapalveluista. Neuvontapalveluja koskeva säännös on tarkoitus toteuttaa sosiaalihuoltolain uudistuksen yhteydessä.

Pykälän 2 momentin 1 kohdan mukaiseen hyvinvointia edistävään toimintaan kuuluisi terveelliseen ravitsemukseen, suun terveyteen, säännölliseen liikuntaan, lihasvoiman ja tasapainon ylläpitämiseen, muistiin ja muistihäiriöihin sekä sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvä neuvonta ja ohjaus, koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ja päihdeongelmien ehkäisy sekä neuvonta ja ohjaus apuvälineiden sekä ikäihmisten tarpeisiin kehitetyn ja eettisesti kestävä teknologian hyödyntämiseen.

Lisäksi toiminta sisältäisi neuvontaa ja ohjausta kunnan ja alueen muiden toimijoiden järjestämistä ja tuottamista sosiaali- ja terveyspalveluista ja muusta hyvinvointia ja terveyttä edistävästä tuesta. Lisäksi toiminta sisältäisi tiedotusta ja neuvontaa ikäihmisille tärkeistä sosiaaliturvaetuuksista kuten Kansaneläkelaitoksen myöntämistä sairaanhoito- ja korvauksista ja eläkettä saavan hoitotuesta.

Pykälän 2 momentin 2 kohdan mukaisia riskiryhmiä ovat esimerkiksi leskeytyneet, yksinäiset, sairaalasta kotiutuneet ja muistisairaat henkilöt. Sotiemme veteraanit ovat tällä hetkellä keski-ikältään 86-vuotiaat, 60 000 henkilöä käsittävä erityisryhmä, jonka tuen ja ohjauksen tarve tulee myös ottaa huomioon kuntien neuvontapalveluissa.

Pykälän 2 momentin 3 kohdan mukaan neuvontapalvelut sisältäisivät myös neuvontaa ja ohjausta kunnassa järjestettävien sairaanhoidon palvelujen piiriin sekä siihen sisältyvään turvalliseen lääkehoitoon.

Pykälän 3 momentin mukaan kunta voisi lisäksi järjestää iäkkäille asukkaalleen terveystarkastuksia. Lisäksi neuvontaa ja ohjausta voitaisiin antaa myös hyvinvointia edistävien kotikäyntien yhteydessä (aiemmin ehkäisevät kotikäynnit). Hyvinvointia edistävien kotikäyntien kohderyhmä valittaisiin joko iän tai iän ja riskiryhmään kuulumisen perusteella. Kotikäynnit voitaisiin kohdistaa ensisijaisesti säännöllisten palvelujen ulkopuolella oleville 70–85 -vuotiaille tai tiettyyn ikäluokkaan tämän ikäryhmän sisällä. Kotikäynnillä tehtäisiin yleisarvio henkilön toimintakyvystä ja arvioitaisiin asuinympäristön riskitekijät, annettaisiin ohjausta omaehtoiseen hyvinvoinnin edistämiseen ja tiedotettaisiin kunnassa tarjolla olevista palveluista. Kotikäynneillä tehtäisiin yleisarvio henkilön toimintakyvystä ja selvitetäisiin riskejä, jotka voivat heikentää toimintakykyä, elämänlaatua ja turvallisuutta omassa kodissa. Hyvinvointia edistävillä kotikäynneillä arvioitaisiin myös asuinympäristön riskitekijät, annettaisiin ohjausta omaehtoiseen hyvinvoinnin edistämiseen ja tiedotettaisiin kunnassa tarjolla olevista palveluista ja muusta tuesta. Kotikäyntien avulla voitaisiin tavoittaa myös henkilöitä, jotka eivät käytä muita neuvontapalveluita. Henkilö voitaisiin tarvittaessa ohjata tarkempaan toimintakyvyn ja palvelutarpeenarvointiin, erilaisiin toimintoihin ja palveluihin. Hyvinvointia edistävällä kotikäynnillä voidaan ohjata 75 vuotta täyttänyt henkilö muissa kuin kiireellisissä tapauksissa sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun hän taikka hänen laillinen edustajansa tai omaisensa taikka muu henkilö tai viranomainen on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vas-

taavaan kunnan viranomaiseen palvelujen saamiseksi.

Pykälän 3 momentin mukaan neuvontapalvelut toteutettaisiin sosiaali- ja terveys-toimen yhteistyönä. Neuvontapalvelujen toteutuksessa kunta voisi tehdä yhteistyötä myös muiden toimijoiden, kuten kunnan muiden toimialojen, yksityisen sektorin, järjestöjen ja seurakuntien kanssa. Neuvontapalvelut sisältäisivät hyvinvointiin, terveyteen, palveluihin ja sosiaaliturvaan liittyvää tiedotusta sekä yksilöille ja ryhmille annettavaa neuvontaa ja ohjausta. Neuvontapalvelut olisi tarkoituksenmukaista järjestää lähipalveluina, jotta ne olisivat mahdollisimman helposti iäkkäiden kuntalaisten saatavilla. Palveluja voitaisiin antaa matalan kynnyksen toimipaikoissa ja asiakkaiden luo liikkuvien palvelujen lisäksi myös puhelimitse, verkkopalveluina sekä teknologian avulla. Iäkkäille olisi aina turvattava mahdollisuus saada myös henkilökohtaista neuvontaa. Viime vuosina kunnat ovat järjestäneet neuvontapalveluja muassa ostoskeskusten yhteyteen perustettuihin neuvontapisteisiin ja seniorikeskuksiin, jotka sijaitsevat hyvien kulkuyhteyksien päässä kaupungin keskustassa tai taajamissa.

21 §. Ympäristöterveydenhuolto. Kunnan on järjestettävä ympäristöterveydenhuollon palvelut alueellaan. Laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta tuli voimaan 15 päivänä kesäkuuta 2009. Lain mukaan ympäristöterveydenhuollon palvelut tulee järjestää joko kunnassa tai ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueella, jossa ympäristöterveydenhuollolla tulee olla käytävissään 10 henkilötyövuoden henkilöstöresurssit. Kuntien ympäristöterveydenhuollon yksiköiden määrä oli 277 yksikköä vuonna 2003 ja määrä on laskenut 124 yksikköön vuonna 2010. Yhteistoimintalain mukaisten riittävän henkilöstöresurssien omaavien yksiköiden määrän arvioidaan vuoden 2013 alussa olevan noin 60. Yhteistoimintalain mukaisten yksiköiden tulee aloittaa toimintansa viimeistään 1 tammikuuta 2013. Edellisestä seuraa, että kunnan tulee järjestää ympäristöterveydenhuollon palvelut joko kunnassa tai ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueella, joka täyttää ympäristöter-

veydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annetun lain mukaiset vähimmäisvaatimukset.

Pykälän 2 momentissa luetellaan lait, joissa säädetään ympäristöterveydenhuollon toimeenpanosta. Ympäristöterveydenhuolto on osa ennalta ehkäisevää terveydenhuoltoa, ihmisen elinympäristöön kohdistuvaa viranomaisvalvontaa. Ympäristöterveydenhuoltoon kuuluvia lakeja olisivat terveydensuojelulaki (763/1994), elintarvikelaki (23/2006), kulutustavaroiden ja kuluttajapalveluksien turvallisuudesta annettu laki (75/2004), kemikaalilaki (744/1989), toimenpiteistä tupakkoinnin vähentämiseksi annettu laki (693/1976) sekä eläinlääkintähuoltolaki (765/2009). Ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annetussa laissa viitataan voimassa olevan kansanterveyslain 1 §:n 2 momentissa säädettyihin ympäristöterveydenhuollon erityislakeihin, joten ympäristöterveydenhuollon erityislaeista tulisi säätää myös terveydenhuoltolaissa.

22 §. Todistukset. Säännös vastaa kansanterveyslakiin vuonna 2007 sisällytettyä 14 §:n 1 momentin 11 kohtaa. Kunnan tulee huolehtia siitä, että kunnan asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun todistuksen tarve perustuu lakiin tai potilaan hoidon, toimeentulon, opintojen tai muun vastaavan syyn kannalta välttämättömään perusteeseen. Todistus tai lausunto annetaan terveyskeskuksen potilaalle, joka yleensä on kunnan asukas. Kunta- ja palvelurakennemuutos kuitenkin tuonee toteutessaan mukanaan enenevässä määrin alueita, joissa terveyspalveluja käytetään yli kuntarajojen. Samoin potilaan mahdollisuus valita hoitopaikkansa lisää tilanteita, joissa terveyspalveluja käytetään yli kuntarajojen. Tällöin terveyskeskuksen asiakas ei välttämättä ole kunnan asukas.

Todistuksen tai lausunnon tulee koskea potilaan terveydentilaa. Arvion tekee terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukainen ammattihenkilö. Annettavan todistuksen tai lausunnon laatimisen tulee vaatia terveydenhuollon ammattihenkilön asiantuntemusta. Todistus tai lausunto on voitava perustaa tutkimushavaintoihin ja mahdollisiin esitetietoihin. Todistukset ja lausunnot, joissa terveydenhuollon ammattihen-

kilö ei voi objektiivisesti arvioida antamansa todistuksen tai lausunnon sisältöä, eivät kuulu kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin.

Lakiin perustuvilla todistuksilla tai lausunnoilla tarkoitettaisiin tässä yhteydessä sellaisia todistuksia tai lausuntoja, joiden tarpeellisuudesta on säädetty laissa, asetuksessa tai asetuksen nojalla annetussa päätöksessä. Tällaisia todistuksia ovat esimerkiksi ajokorttitodistus, asevelvollisuuslain (1438/2007) mukaiset lääkärintodistukset, merimiehen lääkärintodistus, kotitaloustyöntekijän lääkärintodistus terveydentilastaan, lääkärintodistus ortodoksisen seurakunnan papin, kanttorin ja diakonin viran täyttämiseksi, päihdehuoltolain (41/1986) mukainen lääkärinlausunto ennen hoitoon määräämistä väkivaltaisuuden perusteella, pakkokeinolain (450/1987) mukaisesta henkilönkatsastuksesta annettava lausunto ja sterilöimisasetuksen (427/1985) mukainen lääkärinlausunto. Luetelo ei ole tyhjentävä. Toimeentuloon liittyviä todistuksia voivat olla esimerkiksi todistukset, joilla haetaan sairausvakuutuslain mukaisia etuisuuksia. Tällaiset todistukset ovat yleensä myös lakisääteisiä. Opintojen johdosta välttämättömiä todistuksia voivat olla esimerkiksi oppilaitoksille tarkoitetut terveystodistukset opiskelupaikan saamiseksi. Myös todistus koululaisen vapauttamiseksi koululiikunnasta kuuluu tähän kategoriaan.

Muiden vastaavien syiden johdosta annettavat todistukset ja lausunnot ovat tyypillisesti esimerkiksi T-todistuksia virkaa varten tai E-lausuntoja vakuutusyhtiöitä varten. Sen sijaan erilaiset harrastuksiin liittyvät todistukset ja lausunnot eivät kuulu kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin. Harrastuksiin liittyviä todistuksia pyytävät henkilöt voidaan ohjata yksityissektorille todistuksen hankkimiseksi omalla kustannuksellaan.

23 §. Asetuksenantovaltuus. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin antaa tarkempia säännöksiä asioista, jotka on sisällytettävä opiskeluterveydenhuoltoon sekä lasten ja nuorten ehkäisevään suun terveydenhuoltoon. Lisäksi asetuksella säädettäisiin tarkemmin terveysneuvontaan ja määräaikaisiin terveystarkastuksiin sisällytettävistä asioista neuvolapalveluissa ja kouluterveydenhuollossa. Valtioneuvoston asetuksella annettaisiin myös tarkempia säännöksiä koulutervey-

denhuoltoon sisältyvistä erikoistutkimuksista sekä seulonnoista. Tavoitteena on säätää asetuksella palvelujen tarkemmasta sisällöstä palvelujen yhdenmukaisen ja tasavertaisen toteuttamisen varmistamiseksi koko maassa. Lastenneuvolatoimintaa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa on ohjeistettu sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin vuosina 2002–2006 laatimilla oppailla ja laatusuosituksilla. Äitiysneuvolatyötä ja ehkäisyneuvontaa varten on laadittu tavoitteita ja toimenpidesuosituksia vuonna 2007 valmistuneessa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa. Tehtyjen selvitysten mukaan neuvolatyön, kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon toteuttamisessa on ohjeistuksesta huolimatta suuria kunkohtaisia eroja. Valtiontalouden tarkastusvirasto on kiinnittänyt huomiota siihen, että kouluterveydenhuollon laatusuosituksen ohjausvaikutus on ollut vähäinen. Apulaisoikeuskansleri on myöskin tutkinut kouluterveydenhuollon toteuttamista ja päätöksessään kannattanut ohjauksen velvoittavuuden lisäämistä. Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin tarkemmin myös 17 §:ssä tarkoitetuista opiskeluterveydenhuoltoon oikeutetuista oppilaitosten opiskelijoista, mistä on nykyisin säädetty valtioneuvoston asetuksen (380/2009) 3 §:ssä.

Valtakunnallisesta seulontaohjelmasta on säädetty tarkemmin valtioneuvoston asetuksessa 1339/2006. Valtakunnallisen seulontaohjelman piiriin kuuluvat valtioneuvoston asetuksen mukaan kohdunkaulansyöpä, suolistosyöpä ja rintasyöpä sekä sikiön rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien seulonta. Lisäksi kunnat ovat voineet järjestää myös sellaisia seulontoja, jotka eivät kuulu valtakunnallisen seulontaohjelman piiriin.

3 luku Sairaanhoido

24 §. Sairaanhoido. Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan sairaanhoitopalveluihin sisältyvät sairauksien tutkimus, joka on näyttöön perustuvaa sairauden tutkimusta. Sairaanhoidopalveluja ovat myös lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmäärittäminen, hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Hoidon tavoitteena on ihmisen kokonaisuhyvinvointi. Hoidolla tarkoitetaan sairaanhoitoa

osaltaan toteuttavaa hoitotyötä, joka on yksilöiden, perheiden ja yhteisön terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, kärsimyksen lievittämistä sekä sairaiden ja kuolevien hoitamista sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisissa toimintaympäristöissä. Hoitoon kuuluu myös hoitajavastaanoilla toteutettava oireenmukainen hoito, jolla tarkoitetaan laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön aloittamaa hoitoa potilaan oireiden, käytettävissä olevien tietojen ja hoidontarpeen arvioinnin perusteella ammattihenkilön tehtäväalueen, koulutuksen ja kokemuksen mukaisesti (HE 283/2009 vp.) Oireenmukaiseen hoitoon voi sisältyä sairaanhoitajan rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen perustuva uuden lääkehoidon aloittaminen ja lääkärin tekemän taudinmäärityksen pohjalta lääkemääräyksen uusiminen.

Pykälän 1 momentin 2 kohdan mukaan sairaanhoitoon sisältyy sairauksien aiheuttamien haittojen ehkäiseminen eli hoidon tavoitteena olisi terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen, sairauden parantaminen, oireiden lievittäminen tai niiden pahenemisen estäminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairauden hoito edellyttää alueellisesti määritellyt ja toimivat hoitoketjut. Kärsimyksen lievittäminen tulee ottaa huomioon kaikessa sairauden hoidossa ja hoidon kaikissa vaiheissa, myös kuolevien potilaiden hoidossa ja saattohoidossa. Saattohoito tarkoittaa hoitoa ja tukea sairauden viime vaiheissa, ennen kuolemaa ja sen jälkeen. Saattohoidossa on keskeistä ihmisen oireiden ja kärsimyksen lievitys. Hoidon lähtökohtana on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä, ja jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt. Saattohoito ei ole riippuvainen potilaan diagnoosista. Vastuu potilaan kokonaishoidosta on perusterveydenhuollolla, joka sopii tarvittaessa osavastuusta tietyn sairauden, esimerkiksi syövän hoidon osalta erikoissairaanhoidon kanssa. Työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä perustuu yhteiseen hoitosuunnitelmaan potilaan hoidon kokonaisuudesta, jossa otetaan huomioon potilaan sairauksien kokonaisuuden hoito. Hoitovastuun painotukset esimerkiksi syövän hoidos-

sa voivat vaihdella sairauden vaatimalla tavalla. Perusterveydenhuollon osallisuus potilaan hoidossa koko hoidon ajan helpottaa erityisesti tilannetta, jossa erikoissairaanhoidon hoitoja ei enää jatketa ja hoitovastuu siirtyy perusterveydenhuoltoon. Potilaan psykososiaalinen tuki ja kuntoutus ovat olennainen osa sairauden hoitoa heti hoidon alusta alkaen.

Pykälän 1 momentin 3 kohdan mukaan ohjattaisiin ihmistä sairauden hoidossa hoidolisten toimenpiteiden lisäksi ylläpitämään ja edistämään terveyttään ja toimintakykyään sairaudesta huolimatta. Ohjauksen tarkoituksena olisi kannustaa potilasta tulemaan toimeen sairautensa tai vamman ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa elämänsä eri vaiheissa. Sairaanhoitoon sisältyisi siten aina myös terveyttä edistävää neuvontaa potilaan tarpeiden mukaisesti. Hoitotyön menetelmät vaihtelevat ihmisen terveydentilan, toimintakyvyn, elämäntilanteen ja ympäristön mukaan.

Pykälän 1 momentin 4 kohdan mukaan sairaanhoitopalveluja ovat myös erityistä tukea, tutkimusta tai hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus. Ajoissa hoidon piiriin pääsy voi viivästyttää tai ehkäistä pitkään kehittyvien sairauksien puhkeamista. Käytännössä sähköisen potilastietojärjestelmän avulla on mahdollista tunnistaa ne terveyskeskuksen potilaat, joilla on esimerkiksi korkea sydän- ja verisuonitautien kokonaisriski ja kutsua heidät vastaanotolle. Lisäksi tarvitaan palveluja, jotka edistävät yhteyden saamista ja hoitoon hakeutumista terveyskeskukseen. Tällaisia matalan kynnyksen palveluja ovat esimerkiksi kauppakeskuksissa olevat ns. terveyskioskit, joissa mielenterveysongelmista tai somaattisista vaivoista huolissaan olevien ihmisten olisi helppo asioida. Etsivää yhteistyötä voitaisiin rakentaa myös muiden toimialojen kanssa kuten sosiaalihuollon, poliisin, työvoimahallinnon ja sivistystoimen kanssa sekä järjestöjen kuten esimerkiksi työttömien yhdistysten kanssa.

Pykälän 2 momentin mukaan sairaanhoito toteutettaisiin moniammatillisena yhteistyönä, jossa hyödynnetään lääketieteellistä, hammaslääketieteellistä terveystieteellistä sekä lääkehoidollista osaamista. Hoito olisi

järjestettävä avohoitona vastaanotolla tai asiakkaan kotona. Laitoshoitona sairaudenhoitoa voitaisiin toteuttaa terveyskeskussairaalassa, päiväsairaalassa tai muussa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä. Laitoshoito tulisi perustua lääketieteelliseen arvioon. Pitkäaikainen hoito terveyskeskussairaalassa, joka ei ole lääketieteellisesti perusteltua tulisi korvata muilla vaihtoehdoilla, kuten tehostetulla kotihoidolla tai palveluasumisella. Terveyskeskussairaaloiden tulisi keskittyä joustavasti ja nopeasti tarjolla olevaan akuuttihoitoon ja kuntoutukseen. Terveyden- ja sairaanhoidon toteuttamisessa tulisi tehdä yhteistyötä kunnassa olevien lääkehuollon toimijoiden kanssa. Lääkäreiden, hoitajien ja apteekkilaisten moniammatillisena yhteistyönä tulisi arvioida uusien lääkehuollon toimintamallien, esimerkiksi annosjakelun ja siihen liittyvä lääkähoidon arvioinnin, soveltuvuus kotihoidossa oleville potilaille.

Avohoidon lääkärin vastaanottokäyntejä oli vuonna 2008 yhteensä 8 689 808. Käyntimäärät ovat vuodesta 1998 laskeneet vajaalla 2 miljoonalla käynnillä (1 923 035 vuonna 1998). Perusterveydenhuollon avohoidon muiden kuin lääkäreiden käynnit olivat vuonna 2008 yhteensä 16 811 950. Käyntimäärät ovat lisääntyvät vuodesta 1998 noin 2,5 miljoonalla käynnillä (2 428 011 vuonna 1998). Muiden kuin lääkäreiden vastaanottokäynteihin sisältyvät muun muassa sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanottokäynnit. Luvuissa näkyy perusterveydenhuollon henkilöstön työnjaon uudistamiseen perustuva hoitajien vastaanotto toiminta.

Hoitojaksot terveyskeskusten vuodeosastolla olivat vuonna 2008 yhteensä 249 187 ja ne olivat lisääntyneet vuodesta 1998 yhteensä 13 568 jaksolla. Samanaikaisesti hoitopäivät olivat vähentyneet 428 147 hoitopäivällä kymmenen vuoden aikana (7 483 257 vuonna 1998 ja 7 055 110 vuonna 2008).

Pykälän 3 momentin mukaan hoidon perustana on potilaslain 4 a §:n hoitosuunnitelma, joka on laadittu lääketieteellisin, hammaslääketieteellisin tai terveystieteellisin perustein.

25 §. Kotisairaanhoito. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin terveydenhuollon toimintayksikön ulkopuolella annettavasta sairaanhoidosta. Kotisairanhoidosta tai kotisairaalatoiminnasta vastaavan terveydenhuollon

ammattihenkilöt voivat antaa hoitoa potilaan kotona. Kotihoito tai kotisairaalatoiminta tukevat potilaan hoitoa hänen omassa elin- ja asuinympäristössään. Kokonaistilanteen arvioinnin kannalta on tärkeää tavata potilas ja arvioida toimintakykyä hänen omassa kodissaan. Potilaan läheiset voivat osallistua kiinteästi hoitoon. Toiminnalla pyritään vähentämään sairaalassa oloaikoja tai hoidon kokonaiskestoa sekä vapauttamaan sairaalapaikkoja äkillisen tai kuntouttavan hoidon tarpeisiin.

Potilaan hoidon tarve tulee arvioida terveydenhuollon toimintayksikössä, jossa laaditaan hoitosuunnitelma ja josta potilas saa lääkärin läheteen kotisairaanhoitoon tai kotisairaalaan. Terveydenhuollon toimintayksikö vastaa pääasiassa tarpeellisista hoitoon liittyvistä tutkimuksista. Kotona voidaan ottaa muun muassa EKG ja laboratoriotutkimuksia. Potilaalla tulisi olla kiinteä yhteys, esimerkiksi ympärivuorokautinen puhelinyhteys terveydenhuollon toimintayksikköön.

Pykälän 2 momentissa tarkoitettua kotisairaalassa järjestettäisiin lyhytaikaista, ympärivuorokautista sairaanhoitoa ja se voisi olla avohoidon palveluja täydentävän tehostetun kotihoidon vaihtoehto. Potilaan hoitosuunnitelmaan perustuva hoito voidaan toteuttaa kotiolosuhteissa silloin, kun se on hoidon kannalta mahdollista ja potilas haluaa saada hoidon kotona. Kotisairaalahoito voi myös estää sairaalahoidon alkamista. Kotisairaalahoito tukee erityisryhmien palvelutarpeita ja voi olla välivaihe siirryttäessä erikoissairanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja päinvastoin.

Kotisairaalatoimintaa on kehitetty Suomessa 1990-luvun puolesta välistä lähtien Ruotsista saadun mallin mukaisesti. Toiminnan vakiintuminen on osoittanut, että joustava kotisairaalahoito soveltuu erityisesti suonensisäistä antibioottia vaativien infektioiden ja vaikeiden haavojen hoitoon, diabeteksen tasapainottamiseen, verensiirtoon, saattohoitoon ja palliatiiviseen eli oireita lievittävään hoitoon. Lisäksi esimerkiksi murtumien, vammojen ja leikkausten jälkeen kotihoitoon soveltuvia potilaita, syvää laskimotukosta, ahtaavaa keuhkosairautta ja syöpätauteja sekä aivoverenkiertohäiriöiden ja aivohalvausten jälkitoja voidaan hoitaa kotona.

Kotisairaaloiminta soveltuu hyvin vanhainkotien ja palveluasuntojen asukkaiden sairauksien hoitoon. Hoitotoimenpiteet voidaan toteuttaa tutussa asuinympäristössä vaittomasti, eikä asukkaita tarvitse siirrellä. Myös lapsipotilaiden hoidosta on saatu hyviä kokemuksia, sillä kotisairaalaan voidaan sijoittaa veritauti- ja syöpäsairaita lapsia, kotiutuvia keskossia sekä infektio- ja tartuntatautipotilaita.

Ongelmana kotisairaaloiminnassa on kuntien taholta koettu sitä koskevien säännösten puuttuminen, erityisesti asiakasmak suihin, potilastietojen siirtoon ja sairaalakäyttöön tarkoitetun lääkehoidon kustannuksiin liittyvien kysymysten osalta. Avo- ja laitoshoidon määrittelystä on säännökset (sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 1507/2007), mutta kotisairaaloiminnan osalta niitä tulisi selkeyttää em. kysymysten osalta.

Kunnan järjestämisvastuulle säädetty sairaanhoito sisältää kotona toteutettavan pitkäaikaissairauden hoitoon tarvittavien hoitotarvikkeiden jakelun. Hoitotarvikkeet ovat osa hoitopäätöstä ja niiden tarve tulee selvittää potilaan hoitosuunnitelmassa. Vaikka hoitotarvikkeiden jakelusta ei ole aikaisemmin laissa erikseen säädetty, on sen kansanterveystlain ja vakiintuneen käytännön mukaan katsottu kuuluvaksi kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin. Vakiintuneena osana terveyskeskusten järjestämää sairaanhoitoa on ollut eräiden pitkäaikaisten sairauksien hoidossa ja seurannassa tarpeellinen hoitotarvikkeiden jakaminen vastikkeetta potilaille heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 14 tammikuuta 1999 kunnille suosituksen terveyskeskusten hoitotarvike- ja -välinejakelusta (STM:n kirje 94/59/98). Sen mukaan hoitotarvike- ja -välinejakelu on osa asukkaiden sairaanhoitoa ja kuuluu kansanterveystlain mukaisesti kunnan tehtäviin. Ministeriö linjasi, että hoitotarvike- ja hoitovälinejakelu on osa asukkaiden sairaanhoitoa ja siten kuuluvan kansanterveystlain mukaisesti kunnan tehtäviin. Hoitotarvikkeet ovat sosiaali- ja terveysministeriön mielestä osa hoitopäätöstä ja niiden tarve tulee selvittää potilaan hoitosuunnitelmassa. Vakiintuneen käytännön mukaan hoito-

tarvikkeet ja -välineet on katsottu kuuluvaksi kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin. Vakiintuneena osana terveyskeskusten järjestämää sairaanhoitoa on ollut eräiden pitkäaikaisten sairauksien hoidossa ja seurannassa tarpeellinen hoitotarvikkeiden jakaminen vastikkeetta potilaille heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriön mielestä hyvin toimiva hoitovälinejakelu parantaa potilaan itsehoidon edellytyksiä sekä edistää hänen sitoutumistaan hoitoon, minkä johdosta saavutetaan paremmat hoitotulokset. Tämän seurauksena potilaiden työ- ja toimintakyky sekä elämänlaatu paranevat ja komplikaatioriski ja lääkärissä käyntien tarve vähenevät. Tällä on merkitystä myös terveydenhuollon kustannusten kannalta. Suomen Kuntaliitto antoi yleiskirjeellään (3/80/99) 19 tammikuuta 1999 kunnille samansisältöisen ohjeen. Kunnat ovat myös voineet ohjeistaa toimintaa ministeriön antaman suosituksen pohjalta.

Eduskunnan oikeusasiamies pitää ongelmallisena (Dnro 1860/2/07) sitä, että terveyskeskusten hoitotarvike- ja välinejakelusta ei ole lainsäädäntöä. Nykyisen jakelukäytännön perustuessa kuntien vapaaehtoisuuteen saattavat hoitotarvikkeita ja välineitä tarvitsevat potilaat joutua eriarvoiseen asemaan asuinpaikkansa perusteella. Eduskunnan oikeusasiamiehen käsityksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön antama suositus ja kuntien omat ohjeet eivät turvaa riittävästi kansalaisten yhdenvertaisuutta. Eduskunnan oikeusasiamies on esittänyt 20 tammikuuta 2009 päivätyssä kirjeessään lainsäädännön täsmenmistä hoitotarvikkeiden ja -välineiden osalta. Myös lääninhallitusten vuonna 2008 tekemistä selvityksistä ilmenee, että potilaiden yhdenvertaisuus ei kaikissa tapauksissa toteutunut, koska hoitotarvikkeiden- ja välineiden myöntämisessä ja jakelun järjestämisessä esiintyy erilaisia käytäntöjä.

Hyvin toimiva hoitovälinejakelu parantaa potilaan itsehoidon edellytyksiä sekä edistää hänen sitoutumistaan hoitoon, minkä johdosta saavutetaan paremmat hoitotulokset. Tämän seurauksena potilaiden työ- ja toimintakyky sekä elämänlaatu paranevat ja komplikaatioriski ja lääkärissä käyntien tarve vä-

henevät. Tällä on merkitystä myös terveydenhuollon kustannusten kannalta.

Hoidon ja sairauden seurannassa tarvittavien hoitotarvikkeiden jakelun terveystieteellisestä potilaalle tulee aina perustua yksilölliseen tarpeeseen, jonka määrittelee hoitava lääkäri. Jakelun aloittamisesta päättää myös terveystieteellisen lääkäri. Jakelu aloitetaan, mikäli hoitotarvikkeiden tarpeen arvioidaan olevan pitkäaikainen, yleensä kolmen kuukauden tarve kerrallaan, ja niitä luovutettaessa arvioidaan aina niiden tarpeellisuus ja asianmukaisuus. Jakelua ja käyttöä seurataan yksilöllisesti. Hoitotarvikkeita saa joko terveystieteellisestä tai ne toimitetaan kotiin esimerkiksi kotisairaanhoidokäyntien yhteydessä. Tarvikkeet ja välineet luovutetaan maksutta, eikä niistä tule periä mitään oma-vastuuosuuksia, toimitusmaksuja eikä muita-kaan maksuja.

Hoitotarvikkeita ovat esimerkiksi diabeetikon tarvitsemat verensokerilaskurit, virtsan-tutkimuslaskurit, insuliinilaskurit, -kynät ja -neulat ja verinäytteen ottamiseen tarvittavat lansetit sekä verensokerimittarin määrää-kaikainen lausuma ja niin edelleen, avannepotilaan hoitotarvikkeet, esimerkiksi erilaiset potilaalle soveltuvat pussit sekä tarpeemukaiset oheishoitovälineet, sääri- ja makuuhaavan hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet, kuten si-detärsäkkeet ja liuokset, sairauden takia hei-kenntyneen virtsan ja ulostuksen pidätyksyyden hoitotarvikkeet vaikeaan tai keskivaikeaan oireistoon, kuten vaipat, pussit, virtsankerä-jät ja katetrit sekä eräiden muiden pitkäai-kaisten sairauksien, kuten keuhkojen toimin-nan vajauksen ja trakeostomian eli henkitor-viavanteen yhteydessä tarvittavat hoitotar-vikkeet, esimerkiksi happi, letkut, viikset, kanyylit, katetrit, suodattimet ja niin edel-leen.

26 §. *Suun terveydenhuolto.* Pykälän 1 momentin mukaan suun terveydenhuollon palvelut järjestetään asukkaille turvaten riit-tävät ja laadukkaat palvelut ja vahvistaen ter-veyttä edistäviä toimia. Suun terveydenhuol-lon palvelujen tulee olla yhdenvertaisesti asukkaiden saatavilla ja perustuen yksilöllis-esti määritettyyn hoidon tarpeeseen. Yhden-vertaisuus edellyttää, että suun terveyden-huollon palveluja järjestetään yhtenäisten

hammaslääketieteellisten ja lääketieteellisten perusteiden mukaan.

Suun terveydenhuollon palveluissa hoidon toteutukselle on laadittava yhteisymmärryk-sessä potilaan kanssa potilaslain 4 a §:n mu-kaista tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kun-toutusta koskeva tai muu suunnitelma, josta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Tilanteissa, joissa hoi-don toteuttamista jaksotetaan pitempiin aika-väleihin, tulee tälle hoidon jaksottamiselle ol-la hammaslääketieteelliset perusteet ja sen tulee olla turvallista potilaan suun terveyden kannalta. Potilaan hoidon kokonaisuudesta ja jaksotuksesta päättää hoitava hammaslääkäri tai hänen ohjeidensa mukaan muu tervey-denhuollon ammattihenkilö. Terveystieteis-ten suun terveydenhuollossa on osassa terve-ystieteellisiä hoitoon pääsyssä ollut viiveitä samoin kuin hoidon toteuttamisessa. Hoitoon pääsyn toteutumista määräajoissa tulee pa-rantaa.

Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan kunnan tulee seurata väestön suun terveyden kehittymistä ja toteuttaa toiminnassaan vai-kuttavia ja näkyviä terveyden edistämisen toimia. Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisen mahdollisuuksia tervey-tensä hallintaan ja parantamiseen, ja parantaa terveyden edellytysten mahdollisuuksia yh-teisöissä ja yhteiskunnassa. Siinä painotetaan fyysisen ja psyykkisen terveyden ohella myös sosiaalista terveyttä ja terveyden edis-tämisen monia toimintaympäristöjä. Kunta-laisten suun terveyttä ja sen edistämistä sekä suun terveyden taustatekijöitä seurataan ja arvioidaan suunnitelmallisesti kuntien hyvin-vointikertomuksissa. Väestöön kohdistuvilla ehkäisevällä toiminnalla halutaan saada muu-tos kaikkien käyttäytymisessä, jolloin myös ne, jotka ovat riskiryhmissä muuttavat käyt-täytymistään muiden mukana. Suun tervey-denhuollon panosta tarvitaan terveyttä edis-tävien ympäristöjen kehittämisessä. Kunnan tulee huolehtia, että sen ylläpitämisessä yhteisöissä elinympäristöt ovat suun terveyden kannalta terveellisiä ja vältetään esimerkiksi liiallista makeisten ja sokeristen välipalojen käyttöä. Suun terveydenhuolto laatii osaltaan suunnitelman, jossa kuvataan miten yhteisöt ovat suun terveyttä edistäviä ja sovitaan yh-teistyöstä eri tahojen kanssa. Neuvontapalve-

lut sisältävät sekä yleistä että kohdennettua neuvontaa suun terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä, terveyttä edistävistä valinnoista, suun omahoidosta sekä tietoa suun terveydenhuollon palveluista.

Pykälän 1 momentin 2 kohdan mukaan on tarpeen huolehtia riittävästä terveystarkastuksesta osana kaikkia hoitopalveluita sekä huolehtia riittävästä ja tarpeen mukaisista terveystarkastuksista. Ennaltaehkäisevällä hoidolla voidaan vähentää tulevaa hoidon tarvetta. Kouluterveydenhuoltoon kuuluvasta ehkäisevästä suun terveydenhuollosta ja määräaikaistarkastuksista säädetään valtioneuvoston asetuksessa 380/2009. Koko ikäryhmän kattavilla määräaikaistarkastuksilla voidaan vahvistaa lasten ja nuorten hyvää suun terveyden kehittymistä. Terveystarkastusten tulee olla vaikuttavia ja perustua näyttöön. Terveystarkastusten lisäksi kunnan tulee järjestää yksilöllisen hoidon tarpeen mukaisesti tarpeelliset sairaanhoidon palvelut, joita ovat muun muassa suun sairauksien tutkimukset ja hammaslääketieteen eri erikoisalojen hoitopalvelut.

Pykälän 1 momentin 3 kohdan mukaan palveluihin sisältyvät suun sairauksien hoito ja ehkäisy yhtenäisin perustein sekä potilaan omahoidon tukemiseksi tarpeelliset toimet. Terveydellisin perustein suoritettava hampaiden oikomishoito on samalla tavoin kuin hampaiden kovakudosten ja tukikudosten sekä suun alueen sairauksien hoito osa perusterveydenhuoltoa. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet suun terveydenhuollossa on laadittu suurelle osalle niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa hoidettavia suun sairauksia. Perusteet ovat suosituksia, joita täydennetään ja päivitetään aika ajoin. Potilaan yksilöllinen hoidon tarve on kuitenkin aina lähtökohtana arvioitaessa palvelutarvetta. Hoidon perusteet löytyvät osoitteesta www.stm.fi kohdasta sosiaali- ja terveyspalvelut – terveyspalvelut – suosituksia ja ohjeita. On myös tärkeää, että suun sairauksien hoitopalvelut toimivat saumattomasti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ketjussa. Yhtenäiset hoidon perusteet edistävät mahdollisuutta palveluketjujen toimivuuden lisäämiseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ja voivat toimia lähtökohtana suunniteltaessa suun ter-

veydenhuollon palvelujen kokonaisuutta. Hoitoketjun palveluissa varmistetaan potilaan hoitokokonaisuuden toimivuus.

Pykälän 1 momentin 4 kohdan mukaan henkilöille, joilla on erityinen riski sairastua suusairauksiin, järjestetään tarpeen mukaan tehostettua ehkäisevää hoitoa ja suun sairauksien hoitoa ja huolehditaan jatkohoitoon ohjaamisesta. On olemassa sairauksia ja niiden hoitoja, joiden yhteydessä on joko lisääntynyt hammashoidon tarve tai tilanne, jossa vähäisetkin suusairaudet voivat lisätä haittavaikutuksia. Ravintotottumukset ja etenkin muutokset sokerin käytössä voivat nopeasti muuttaa potilaan riskiä sairastua kariesiin. Riskipotilaita määriteltäessä tulisi ottaa huomioon perheen terveydentilanne. Diabeetikoilla on tärkeää huolehtia hoitotasapainosta myös suun terveyden kannalta sillä huono hoitotasapaino voi tuoda monenlaisia suun terveyden ongelmia potilaalle. Usealla ikäihmisellä on ongelmia suun terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Erityisesti henkilöillä, joilla lääkityksen tai sairauden vuoksi on vähentynyt syljenieritys, on kohonnut riski sairastua suusairauksiin.

Pykälän 2 momentin mukaan yhteistyö suun terveydenhuollon palveluja järjestettäessä on tärkeää terveyden- ja sosiaalihuollon henkilöstön kanssa ja terveydenhuollon ulkopuolella toimiviin tahoihin. Suun terveydenhuollon henkilöstö tapaa lapsia työssään säännöllisesti. Tämän johdosta heidän on mahdollista havaita, tunnistaa ja ottaa puheeksi epäilyt väkivallasta, kaltoin kohtelusta tai hoidon laiminlyönnistä. Vakavat puutteet suuhygieniassa ja suun hoidon laajempi laiminlyönti voivat olla viitteitä isommista ongelmista perheessä. On tärkeää, että suun terveydenhuollon henkilöstö toimii säännöllisesti moniammatillisissa yhteistyöverkostoissa, joissa lastensuojeluun liittyviä asioita käsitellään. Neuvolahenkilökunta on luonnollisin yhteistyökumppani suun terveydenhuololle näissä yhteyksissä. Terveyserojen kaventaminen suun terveydenhuollossa on merkittävä haaste tuleville vuosille suun terveydenhuollossa. Väestön suun terveydessä on suuria väestöryhmittäisiä eroja ja suun terveys on jakautunut epätasaisesti eri koulutusryhmien ja sosiaaliryhmien kesken. Asiantuntijat ovat arvioineet, että hampaattomuus-

den riskin vähentämispotentiaali aikuisväestössä on 80 prosenttia nykyisestä sairastavuudesta, jos sairastavuus voidaan alentaa korkeasti koulutetun väestön tasolle. On osoittautunut, että väestön tiedot ja omahoidon taso ei ole riittävällä tasolla ylläpitämään suun terveyttä. Asetuksella ehkäisevästä suun terveydenhuollosta vahvistetaan ja yhtenäistään lasta odottavien perheiden, lasten ja nuorten ehkäiseviä suun terveydenhuollon palveluja ja terveystarkastusten toteutumista. Myös aikuisväestön ja ikäihmisten kohdalla tulee toimintaa vahvistaa kehittämällä moniammatillista toimintaa ja yhteistyömuotoja sosiaalihuollon henkilöstön kanssa. Elintapamuutoksilla voidaan vähentää korjaavien ja sairaanhoidollisten palvelujen tarvetta suun terveydenhuollossa.

Sosiaalinen ympäristö vaikuttaa suuresti yksilön elämäntapaan, arvostuksiin ja siihen tilanteeseen, jossa hän elää. Jos hänen elämäntilanteensa vaikeutuu, on selviytyminen elämään liittyvistä asioista, kuten suun hoidosta, vaikeaa.

27 §. Mielenterveystyö. Pykälän 1 momentin mukaan mielenterveystyön tavoitteena on väestön hyvä mielenterveys ja siihen liittyen hyvä toimintakyky ja turvallisuus.

Pykälän 2 momentin 1 kohdan mukaan terveydenhuollon keinot vahvistaa mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa ohjaus, neuvonta ja tuki. Niiden asema korostuu terveystarkastuksissa, neuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa sekä sairaudenhoitoon liittyvissä palveluissa. Niillä voidaan vaikuttaa muun muassa yksilöiden stressinhallintataitoihin ja vauvaperheiden varhaisen vuorovaikutukseen laatuun. Terveydenhuollon palveluja annettaessa on erityisen hyvä mahdollisuus tunnistaa yksilöiden ja yhteisöjen olosuhteissa mielenterveyttä vaarantavia tekijöitä. Sellaisia ovat muun muassa liiallinen alkoholin käyttö tai sairastavien aikuisten mahdollisesti alentunut kyky täysipainoisesti huolehtia lapsistaan sekä poikkeukselliset kriisitilanteet. Mielenterveyttä vaarantaviin tekijöihin on mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tarjottava tarpeenmukaista neuvontaa, tukea sekä huolehdittava tarpeenmukaisesta yhteistyöstä muiden toimijoiden, erityisesti sosiaalihuollon ja psykiatrisen erikoissairanhoidon kanssa, jot-

ta palvelut muodostuisivat tarkoituksenmukaisiksi.

Pykälän 2 momentin 2 kohdan mukaan poikkeuksellisten kriisitilanteiden välitön ja pidemmän aikavälin psykososiaalinen tuki on ensisijaisesti terveydenhuollon koordinoimaa moniammatillista toimintaa, jollei paikallisesti ole toisin sovittu. Myös sosiaalitoimen rooli on merkittävä ja välttämätön. Psykososiaalinen tuki on osa kunnan valmiussuunnitelmaa.

Pykälän 2 momentin 3 kohdan mukaan mielenterveystyöhön kuuluu myös mielenterveyspalvelut, joita annetaan mielenterveyshäiriöitä sairastaville henkilöille tavoitteena tutkia ja parantaa mielenterveydenhäiriö, lieventää sen oireita tai auttaa ylläpitämään tai palauttamaan toimintakykyä. Mielenterveyspalveluna annettavan hoidon ja kuntoutuksen tulee perustua lääketieteelliseen arviointiin ja noudattaa hyvää hoito- ja kuntoutuskäytäntöä. Mielenterveyspalvelujen tulee olla asiakaskeskeisiä ja tarpeenmukaisia. Mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden mahdollisuutta hakeutua palveluihin on erityisesti tuettava huomioiden mielenterveyshäiriöihin liittyvä leimautuminen ja mahdollisesti alentunut kyky huolehtia omista eduistaan. Mielenterveyspalveluja tulee olla tarjolla tarpeellinen määrä, jonka suunnittelemiseen ja arvioimiseen on käytettävissä tilasto- yms. tietoja. Mielenterveyspalvelut tulee sovittaa yhteen tarpeenmukaisen sosiaalihuollon, erityisesti päihdehuollon, palvelujen kanssa. Peruspalveluna annettavaan mielenterveyspalveluun tulee saada tarpeenmukainen psykiatrian alan asiantuntijatuki. Lasten ja nuorten häiriöt eivät noudattele palvelujärjestelmän jakoa mielenterveyteen, sosiaaliseen ja opilliseen kehitykseen ja erityisesti heidän kohdallaan monialainen yhteistyö on tarpeen. Mielenterveyspalveluihin liittyvää asiantuntija-apua tulee muun muassa antaa lastensuojeluviranomaisille ja välttämättömät tutkimus- ja hoitopalvelut lastensuojelun lapsiasiakkaille on järjestettävä kiireellisesti. Palvelujärjestelmän on myös tuotettava joustavasti erilaisia palveluja, kuten kotiin vietäviä ja liikkuvia palveluja, koska näin kyetään paremmin turvaamaan hoidon ja kuntoutuksen tehokkuus.

Pykälän 3 momentin mukaan mielenterveytysohjelma olisi suunniteltava ja toteutettava siten, että yhteistyö muiden toimijoiden kanssa muodostaisi toimivan kokonaisuuden. Mielenterveyttä suojaavia tai vaarantavia tekijöitä koskevia päätöksiä tehdään myös muussa kuin terveydenhuollossa. Tavoitteellinen mielenterveytysohjelma edellyttää monialaisen yhteistyön suunnitelmallista koordinoimista ja vastuutahojen määrittämistä kunnan useiden sektorin toimijoiden, muiden julkisen sektorin toimijoiden sekä yksityisten ja järjestöjen toimijoiden kanssa.

Pykälän 4 momentissa on viittaus mielen-terveyslakiin, jossa säännellään yksityiskoh- taimmin mielenterveytysohjelmaa.

28 §. Päihdetyö. Pykälän 1 momentin mu- kaan kunnan tulee järjestää päihdehuollon palveluista sellaiset, jotka on tarkoituksen- mukaista järjestää perusterveydenhuoltona. Päihdeohjelmalla tarkoitetaan alkoholia, sen korvik- keita, huumausaineita ja päihtymiseen käy- tettyjä muita aineita ja lääkkeitä. Tavallisin päihde Suomessa on alkoholi. Erityisen on- gelman muodostaa eri päihteiden yhteiskäyt- tö.

Pykälän 2 momentin 1 kohdan mukaan oh- jauksella ja neuvonnalla päihdetyössä pyri- tään edistämään väestön päihdeettömiä elin- tapoja ja siten lisäämään hyvinvointia, terve- yttä, toimintakykyä ja turvallisuutta. Yksilö- ja yhteisötasolla sellaisia päihdeettömyyttä suojaavia tekijöitä, joita voidaan vahvistaa terveydenhuollon keinoin, ovat muun muassa tietämys päihdehaitoista ja elämänhallinta- taidot. Päihdeettömyyttä vaarantavia tekijöitä, joita voidaan vähentää terveydenhuollon kei- noin, ovat esimerkiksi mielenterveyshäiriöt. Päihdeisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä, kuten humalahakuinen juominen ja runsas alkoholinkäyttö, voidaan terveydenhuollossa menestyksekkäästi vä- hentää muun muassa lyhytneuvonnalla.

Pykälän 2 momentin 2 kohdan mukaan päihdetyöhön luetaan myös päihdepalvelut. Terveydenhuollon päihdepalveluilla tarkoite- taan päihteiden riskikäyttäjille, päihderiippu- vaisille ja heidän läheisillensä lääketieteelli- sin perustein annettuja tutkimus-, hoito- tai kuntoutuspalveluita. Terveydenhuollon päih- depalvelujen tavoitteena on päihteiden aihe- uttamien sairauksien parantaminen, lievittä-

minen ja pahenemisen estämiseen sekä toi- mintakyvyn ylläpitäminen tai palauttaminen. Terveydenhuollon päihdepalveluja annettaes- sa on aina myös arvioitava sosiaalihuollon toimenpiteiden tarve. Esimerkiksi alaikäisen henkilön kohdalla on erityisesti arvioitava lastensuojelun tarve. Päihdepalveluissa va- paaehtoisuus sekä palvelujen helppo tavoitet- tavuus ja saavutettavuus edesauttavat niistä koituvaa hyötyä. Päihdepalvelua ovat myös sosiaalihuoltoon liittyvä päihdehuolto.

Pykälän 3 momentin mukaan terveyden- huollossa päihdetyön tavoitteiden toteutumi- nen edellyttää usein monialaista yhteistyötä, johon osallistuu terveydenhuollon ammatti- henkilöiden lisäksi sosiaalityön ammattihen- kilöitä, mielenterveytysohjelman ammattihen- kilöitä ja muita toimijoita. Jotta päihdetyöstä muo- dostuisi yksilön, perheen ja yhteisön tueksi toimiva kokonaisuus, tarvitaan eri toimijoi- den kesken suunnitelmallista yhteensovitta- mista, jonka vastuutaho on määriteltävä.

Pykälän 4 momentissa on todettu, että päihdehuollon palveluista on voimassa myös, mitä siitä säädetään päihdehuoltolaissa (41/1986).

29 §. Lääkinnällinen kuntoutus. Pykälän 1 momentissa säädetään kunnan velvollisuu- desta järjestää potilaan sairaanhoitoon liitty- vä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus. Kunnan on järjestettävä hoitovastuullaan olevan potilaan sairauden hoitoon liittyvä lääkinnällinen kuntoutus viivytyksettä siinä muodossa ja sellaisella tavalla sekä sellaises- sa määräajassa, että sillä on kuntoutujan toi- minta- ja työkyvyn kannalta vaikutusta. Kun- toutuksen vaikutusta kuntoutujan toiminta- ja työkykyyn tulee myös seurata. Tässä laissa säädetty hoitoon pääsyä koskevat aikarajat koskevat myös lääkinallista kuntoutusta. Lääkinnällinen kuntoutus on kiinteä osa ter- veydenhuoltoa ja kuntoutuksen järjestämis- vastuu on perusterveydenhuollossa, kun poti- laan ko. sairauden hoito on perusterveyden- huollon vastuulla. Sairaanhoidosta vastaavas- sa yksikössä on tunnistettava sairauteen liit- tyvät kuntoutustarpeet - ja mahdollisuudet ja käynnistettävä viiveettä kuntoutukseen pää- syn valmistelut hoidon aikana tai sen jat- keeksi. Kunta voi hankkia kuntoutuksen eri- tyisosaamista myös sairaanhoitopiiristä tai muulta kuntoutuspalveluja tuottavalta tahol-

ta. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjaon mukaisesti yhteistyössä sopien potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus.

Lääkinällinen kuntoutus on järjestettävä aina silloin, kun tiedetään, että potilaan toiminta- ja työkykyä voidaan kuntoutuksen keinoin edistää tai palauttaa.

Pykälän 2 momentin 1–7 mukaan lääkinälliseen kuntoutukseen sisältyy perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa toteutettava kuntoutusprosesseja koossapitävä kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi sekä kuntoutumismahdollisuuksia selvittävä kuntoutustutkimus, terveyttä edistävät, toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat, yhtenäisten hoitoon pääsyn periaatteiden mukaiset apuvälinepalvelut ja sopeutumisvalmennus sekä edellä mainituista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksoit laitospotilaan tai avohoidossa. Lääkinällisen kuntoutuksen tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön mukaista. Hyvällä kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan sitä kuntoutuskäytäntöä, jota julkisen terveydenhuollon kuntoutuksessa yleisesti hyväksyttynä noudatetaan. Yleisesti hyväksytyksi kuntoutus katsotaan tieteellisen ja näyttöön perustuvan vaikuttavuustiedon taikka vakiintuneen, kokemusperäisesti perustellun kuntoutuskäytännön perusteella. Potilasturvallisuus on aina osa hyvää kuntoutuskäytäntöä. Hyvä kuntoutuskäytäntö alueella tulisi määritellä sekä sopia kuntoutuspalvelujen ohjauksesta ja seurannasta yhteistyössä sairaanhoitopiirin kuntoutusyksikön tai muun vastaavan kuntoutuksen asiantuntijatahon kanssa.

Pykälän 3 momentissa säädetään kuntoutuksen suunnittelusta. Kuntoutuksen suunnittelulla ja kuntoutussuunnitelmalla on keskeinen merkitys potilaan kuntoutusprosessissa. Lääkinällinen kuntoutus tulee suunnitella siten, että se muodostaa potilaan hoidon ja mahdollisen muun kuntoutuksen kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Kunnan tehtävänä on laatia potilaalle hänen kanssaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma. Suunnitelma laaditaan kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä yhdessä kuntoutujan sekä hänen omaisensa tai muun

läheisensä kanssa. Kuntoutussuunnitelman laatimisesta vastaa lääkäri. Kuntoutustarve ja mahdollisuudet tulee arvioida tarvittaessa moniammatillisessa ryhmässä, joka esittää perustellut suositukset työ- ja toimintakyvyn kannalta tarpeellisista kuntoutustoimenpiteistä. Tällöin tulee ottaa huomioon kuntoutujan fyysinen ja psykososiaalinen ympäristö sekä elämäntilanne. Terveystieteiden osuus tässä yhteistyössä on vaativa ja edellyttää pitkäjänteistä kuntoutuksen suunnittelua ja seurantaa. Moniammatillisen työryhmän asiantuntemusta tarvitaan esimerkiksi vaikeavammaisen henkilön tai neurologisia sairauksia sairastavien henkilöiden, kuten aivohalvauspotilaiden toimintakyvyn ja kuntoutustarpeiden määrittämiseen.

Kuntoutussuunnitelmassa määritellään potilaan kuntoutuksen tarve ja tavoitteet, kuntoutumisen toteutumiseen tähtäävät keinot sekä suositeltavat järjestäjätahot. Potilaslain 4 a §:n mukaan suunnitelmassa tulisi ilmetä henkilön kuntoutuksen järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Kuntoutussuunnitelmasta tulee myös käydä ilmi kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet, joiden asettamisessa on huomioitu aikaisempi kuntoutus ja siitä saadut palautteet ja suositukset. Edellä mainittujen tietojen lisäksi suunnitelmaan kirjataan terveydenhuollon seurannan ja uuden kuntoutussuunnitelman laatimisen ajankohta. Omaisen tai muun läheisen kuntoutukseen osallistumisen tarpeellisuus on perusteltava kuntoutussuunnitelmassa. Suunnitelma tulee yhteen sovittaa potilaan muihin hoito- ja palvelusuunnitelmiin.

Erityisen tärkeää kuntoutuksen suunnittelu, ohjaus ja seuranta on silloin, kun kuntoutuksen päätöksenteko ja toteutus tapahtuvat eri organisaatioissa. Terveystieteiden ja kuntoutujan kanssa yhdessä tekemä kirjallinen kuntoutussuunnitelma on perusta, jolta kuntoutuksen järjestämisestä tai korvaamisesta vastaavat tahot tekevät kuntoutuspäätöksiä. Kuntoutussuunnitelmassa on tehtävä suositus kuntoutuksen järjestäjätahosta, jotta ei jää epätietoisuutta kuntoutuksen järjestäjä- ja kustantajatahosta. Julkisen terveydenhuollon laatima vaikeavammaisen lääkinällisen kuntoutuksen suunnitelma muodostaa perustan Kansaneläkelaitoksen vaikeavammaisten lääkinälliselle kuntoutukselle. Hyvä kuntou-

tussuunnitelma takaa kuntoutumisen käynnistymisen ajallaan ja kuntoutuksen jatkumisen turvataan. Kuntoutujien kannalta on tärkeää, että julkinen terveydenhuolto jo suunnitelmaa laatiessaan sitoutuisi mahdollisuuksien mukaan suunnittelemansa kuntoutuksen toteuttamiseen siltä varalta, ettei kuntoutus kokonaan tai joiltain osin kuulu esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen järjestettäväksi ja korvattavaksi.

Pykälän 3 momentissa säädetään myös kuntoutuspalvelujen ohjauksesta ja seurannasta. Kunnan tulee tarvittaessa yhdessä sairaanhoitopiirin ohjauksessa suunnitella ja seurata potilaidensa lääkinnällisen kuntoutuksen vaikutuksia ja toteutumista, myös silloin, kun kunta ei vastaa kuntoutuksen järjestämisestä. Terveyspalveluiden lisäksi kuntoutuksen on perustuttava laaja-alaiseen ja monisektoraaliseen yhteistyöhön erityisesti päihde- ja mielenterveyspotilaiden, lasten, vanhusten ja vammaisten kuntoutuksessa. Terveyskeskuksen tulisi tarvittaessa nimetä potilaalle kuntoutuksen yhdyshenkilö palveluohjausta, palvelujen yhteensovittamista ja kuntoutuksen toteutumisen seurantaa varten. Kuntoutuksen palveluohjaus edistää ja tukee kuntoutujaa saamaan tarvitsemansa yksilöllisen palvelukokonaisuuden. Palvelun ohjaus on asiakaslähtöinen ja asiakkaan etua korostava työtapana.

Pykälän 4 momentissa säädetään lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvelvollisuutta koskevasta rajoituksesta. Kunnallisen terveydenhuollon kuntoutusvastuu on lähtökohtaisesti laaja ja yleinen. Vastuu niiden lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä, joilla ei ole oikeutta Kansaneläkelaitoksen tai lakisääteisen vakuutusjärjestelmän kustantamaan kuntoutukseen, on kunnallisella terveydenhuollolla. Kansaneläkelaitoksen lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvastuusta säädetään Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) 9 §:ssä, jonka perusteella Kansaneläkelaitoksen tulee järjestää työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi tarpeellista lääkinnällistä kuntoutusta alle 65-vuotiaalle vaikeavammaiselle henkilölle. Vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen myöntäminen edellyttää, että hakija saa vammaisuuksista annetun

lain (570/2007) 2 luvun perusteella korotettua tai ylintä vammaisetuutta eikä annettava kuntoutus liity välittömästi sairaanhoitoon. Kansaneläkelaitoksen järjestämät palvelut ovat kuntoutusjaksoja avo- ja laitoshoidossa. Kansaneläkelaitos hankkii palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta. Muut lääkinnällisen kuntoutuksen muodot kuten apuvälinepalvelut ja kuntoutusohjaus kuuluvat terveydenhuollon tehtäviin. Jos Kansaneläkelaitoksen vaikeavammaisen lääkinnällisen kuntoutuksen laissa säädetty edellytykset eivät täyty, kuntoutussuunnitelman mukaisen kuntoutuksen järjestämisestä vastaa kunnallinen terveydenhuolto.

Potilaalla voi olla oikeus lääkinnälliseen kuntoutukseen myös tapaturmavakuutuslain perusteella annetusta kuntoutuksesta korvattavasta kuntoutuksesta annetun lain (625/1991), liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta annetun lain (626/1991), sotilasvammalain (404/1948) tai sotilastapaturmalain (1211/1990) perusteella. Näissä laeissa tarkoitettu työ- ja toimintakyvyn liittyvä kuntoutus vastaa sisällöltään pääasiallisesti terveydenhuollon lääkinnällistä kuntoutusta. Kunta voi tuottaa edellä mainittujen säädösten perusteella kustannettua lääkinnällistä kuntoutusta välittömästi sairaanhoitoon liittyen. Tällöin haetaan hoitoa ja kuntoutusta varten maksusitoumus vakuutusyhtiöltä. Jatkokuntoutuksen korvaamisesta päättää vakuutusyhtiö.

Pykälän 4 momentissa ehdotetaan säädetettäväksi lisäksi kunnan velvollisuudesta järjestää kuntoutussuunnitelman mukainen lääkinnällinen kuntoutus, jos kuntoutuksen järjestämis- tai kustannusvastuu on epäselvää. Lähtökohtaisesti kuntoutussuunnitelman tehnyt julkisen terveydenhuollon yksikkö on vastuussa kuntoutussuunnitelman toteuttamisesta, jos joku muu taho ei ole ryhtynyt suunnitelmassa tarkoitettuun kuntoutukseen. Säännöksen tarkoituksena on parantaa kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja viivytyksetöntä käynnistymistä sekä varmistaa kuntoutuksen jatkuminen saumattomasti. Jos julkisessa terveydenhuollossa on epäselvää, kenen vastuulle kuntoutuksen järjestäminen kuuluu, on vastuutaho selvitettävä ja sovittava esimerkiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä

497/2003). Lääkinnällisen kuntoutuksen katkeamisen tai käynnistymisen viivästymisen takia kunnan tulee kuitenkin varmistaa, ettei asiakas joudu odottamaan aiheettomasti sen ratkeamista, minkä järjestelmän piiriin hän kuuluu. Kansaneläkelaitoksen tai muiden kuntoutusta järjestävien tahojen päätöksenteon, muutoksenhaun tai kanteluprosessien keston aikana tulee kunnan järjestää kuntoutus, jonka kustannusvastuusta sovitaan päätöksenteon tultua voimaan. Jos jälkikäteen käy ilmi, että lääikinnällisen kuntoutuksen järjestäminen olisi kuulunut Kansaneläkelaitoksen vastuulle, Kansan-eläkelaitoksen tulisi korvata kunnalle lääikinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä aiheutuneet kustannukset.

Valtiontalouden tarkastusviraston mukaan (VTV 193/2009) regressisäännösten toimuutta tulisi arvioida, jotta kuntoutuksen käynnistyminen ei viivästyisi, vaikka vastuu- ja maksajataho olisi epäselvä. Myös sosiaaliturvan uudistamiskomitea on loppumietinnössään todennut, että kuntoutuksen jatkuvuus voitaisiin turvata regressisäännöksiä muuttamalla.

Pykälän 5 momentissa säädettäisiin, että lääikinnällisen kuntoutuksen osana olevan apuvälinehuollon kustannukset eivät kuulu kunnan kustannusvastuulle, jos apuvälinehuollon tarve on aiheutunut tapaturmavakuutuslain (608/48), maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain (1026/81), sotilasvammalain (404/48), liikennevakuutuslain (279/59) tai näitä vastaavan aikaisemman lain tarkoittamasta vakuutustapahtumasta. Mainittujen vakuutuslakien mukaan vakuutuslaitoksen korvausvelvollisuus kohdistuu vain niihin kustannuksiin, jotka vakuutettu henkilö joutuu maksamaan. Momentti vastaa voimassa olevan kansanterveyslain 14 §:n 4 momenttia.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin mahdollisuudesta antaa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella tarkempia säännöksiä apuvälinepalvelujen sisällöstä ja määrästä. Apuvälinepalveluja järjestetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen työn- ja vastuunjaon mukaisesti alueellisesti yhdessä sopien.

30 §. Yhteistyö ja ohjaus muuhun kuntoutukseen. Pykälän 1 momentissa on yhteistyöhön velvoittava säännös. Säännöksen sisältö vastaa voimassa olevan kansanterveyslain 23

§:ää. Säännöksen mukaan terveyskeskuksen tehtävänä on huolehtia siitä, että potilaalle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista ja että hänet ohjataan tarpeen mukaan sairaanhoitopiiriin, sosiaali-, työvoimatai opetusviranomaisen taikka Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palvelujen piiriin, jos potilas tarvitsee kuntoutusta tai muita palveluja, jotka eivät ole terveyskeskuksen tehtäviä tai joita ei ole tarkoituksenmukaista järjestää kansanterveystyönä. Muuhun kuntoutukseen ohjaus tapahtuu yhteistyössä kuntoutusta järjestävien tahojen kanssa. Säännöksen tavoitteena on vahvistaa asiakaslähtöisyyttä ja varmistaa kuntoutuksen jatkuvuus monialaisessa toimijakentässä, jossa työnjako ja yhteistyö ovat tärkeitä. Tuloksellisen kuntoutumisen yleisiä piirteitä ovat moniammatillinen tiimi ja potilaan kuntoutumiseen osallistuvien tahojen yhteistyö sekä kuntoutuksen sitominen kuntoutujan työ- ja toimintaympäristöön ja lähiyhteisöön. Tiedon saaminen palveluista ja niiden edellytyksistä sekä tiedon välittäminen potilaalle on varmistettava. Tiedonkulusta vastaaminen eri toimijoiden välillä on keskeinen osa toimivaa kuntoutusjärjestelmää. Julkisen terveydenhuollon tehtävänä on varmistaa katkeamaton tiedonkulku toimijalta toiselle ja työnjako eri toimijatahojen välillä esimerkiksi kuntoutussuunnitelman avulla. Mikäli kuntoutusta ei yhteen soviteta kuntoutussuunnitelmassa, aiheutuu pitkäaikaissairauksien hoidon pilkkoutumisen kautta palvelutarpeen kasvua ja ylimääräisiä kustannuksia. Terveystenhuollon kuntoutusvastuun asianmukainen hoitaminen edellyttää, että kaiken hoidon yhteydessä tulee arvioida aina työ- ja toimintakykyä sekä kuntoutustarvetta, ja tarvittava lääikinnällinen kuntoutus tulee toteuttaa sosiaalisen, ammatillisen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen kanssa.

Lääikinnällisen kuntoutuksen tavoitteita lähellä ovat myös ne sosiaalitoimen tehtävät, joilla se vastaa päihde- ja mielenterveysasiakkaiden, vaikeavammaisten ja vanhusten palveluista. Lisäksi vaikeavammaisten lääikinnällisestä kuntoutuksesta Kansaneläkelaitos kustantaa merkittävän osan. Molemmat edellä mainitut edellyttävät kuitenkin julkisessa terveydenhuollossa tehtyä suunnitelmaa. Jotta nämä palvelut muodostaisivat

kuntoutujan kannalta tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden, tulee kaikkien toimia yhteistyössä keskenään. Vastuunjaosta eri kuntoutusta järjestävien tahojen kanssa tulisi sopia yhteistyössä muiden kuntoutuspalveluja tuottavien ja rahoittavien, kuten sosiaalihuollon ja työhallinnon tai opetusviranomaisten taikka Kansaneläkelaitoksen tai muun palveluja rahoittavien tahojen kanssa. Terveystuho, joka on kokonaisvastuussa kuntoutujan hoidosta ja kuntoutuksen suunnittelusta, on avainasemassa ohjattaessa oikeaan kohde-ryhmään kuuluvia potilaita hakemaan Kansaneläkelaitoksen kuntoutusta. Kuntoutussuunnitelmasta pitäisi selvittää, mikä taho on kokonaisvastuussa asiakkaan kuntoutuksesta. Aina kun kuntoutuja siirtyy kuntoutusta järjestävältä tai rahoittavalta taholta toiselle tulisi vastuutahosta sopia. Vastuunjaosta sovittaessa sen hetkinen järjestäjä olisi aktiivinen osapuoli ja tulisi ottaa yhteyttä muihin järjestäjätahoihin ja viranomaisiin tarvittavien kuntoutustoimenpiteiden järjestämiseksi. Pykälän 2 momentti sisältäisi myös viittauksen kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä annettuun lakiin, jossa säädetään eri hallinnonalojen yhteistyöstä ja asiakkaan asemaa koskevista periaatteista sekä yhteistyöstä.

31 §. Virka-apu. Säännös vastaa nykyistä kansanterveyslain 14 §:n 2 momenttia. Säännöstä on muutettu viimeksi vuonna 2005, jolloin se saatettiin vastaamaan uutta vankeuslakia (767/2005) ja tutkintavankeuslakia (768/2005).

4 Luku **Terveystuhoon yhteistyö ja alueelliset palvelut**

32 §. Sosiaali- ja terveystuhoon yhteistyö. Pykälässä säädetään kunnan ja sairaanhoitopiirin velvollisuudesta olla terveystä ja hyvinvointia edistäessään ja terveystuhoon palveluja järjestäessään yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa. Suhteessa sosiaalihuoltoon esityksen tavoitteena on perusterveystuhoon vahvistamisen ohella hallitusohjelman mukaisesti varmistaa kunta- ja palvelurakenneuudistuksen tavoitteiden toteutuminen eli varmistaa koko maassa laadukkaita ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut. Yhteistyön olisi oltava kattavaa ja siten mahdollis-

taa taloudellinen, tehokas ja asianmukainen voimavarojen käyttö.

Tavoitteena olisi tehostaa kuntien yhteistoimintaa sosiaali- ja terveystuhoon palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa ja siten parantaa toiminnan tuottavuutta, aikaansaada nykyistä asiakaskeskeisempi palvelukokonaisuus sekä mahdollistaa tietoteknologian tehokas hyödyntäminen.

Tavoitteena olisi luoda saumattomia hoito- ja palvelukokonaisuuksia sosiaali- ja terveystuhoon palveluja nykyistä tiiviimmin yhteen sovit- tamalla ja raja-aitoja poistamalla tai madaltamalla. Tavoitteena olisi myös mahdollisimman pitkälti yhdenmukaistaa menettelyt palveluja ja toimintatapoja organisoitaessa.

33 §. Perusterveystuhoon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö. Pykälän 1 momentissa on todettu sairaanhoitopiirin vastuu erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta. Yhteensovittaminen pitäisi tapahtua sairaanhoitopiirin alueen väestön ja alueen kuntien perusterveystuhoon tarpeiden mukaisesti. Perusterveystuhoon ja erikoissairaanhoidon välistä tiedonkulkua ja konsultatiota pitäisi entisestään parantaa, päällekkäisyyksiä pitäisi poistaa sekä pitäisi rakentaa joustavia, organisaatioiden rajat ylittäviä hoitoketjuja ja siten luoda terveystuhoon toiminnallinen kokonaisuus. Perusterveystuhoon tulisi olla koko terveystuhoon selkäranka ja verkosto, joka palvelisi avun tarvitsijoita tasavertaisesti ja viiveettömästi. Perusterveystuhoon käsin yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kanssa suunniteltaisiin hoidon porrastus. Kun potilas lähetetään perusterveystuhoon erikoissairaanhoidon, kyse on joko konsultatiosta tai lähettämisestä hoitoon. Konsultoidessaan perusterveystuhoon lääkäri kysyy arvioita ja ohjeita, jotta hoito voi jatkua perusterveystuhoon. Lähettäessään potilaan hoitoon perusterveystuhoon lääkäri siirtää hoitovastuun erikoissairaallalle lähetteessä mainitun ongelman tai sairauden osalta. Kun erikoissairaanhoidon jakso päättyy, perusterveystuhoon vastaisi potilaan hoidosta annettujen ohjeiden perusteella. Toiminnallisessa kokonaisuudessa tulisi ottaa huomioon perustason erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoaminen perusterveystuhoon. Raja-aitojen madaltamiseksi sairaan-

hoitopiirin henkilöstö voisi esimerkiksi antaa perusterveydenhuollossa sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, jotka olisi mahdollista toteuttaa peruspalveluja antavissa terveydenhuollon toimintayksiköissä esimerkiksi konsultaatioita, päiväkirurgisia toimenpiteitä. Näistä toimintamahdollisuuksista voitaisiin sopia 34 §:n terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltamisen lisäksi erityisesti saumattomien palveluketjujen muodostamiseksi olisi tarpeellista, että myös sosiaali- ja terveydenhuolto tekisivät yhteistyötä 32 §:n säädetyin tavoin.

Pykälän 2 momentin mukaan sairaanhoitopiiriin olisi annettava alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita olisi tarkoituksenmukaista toteuttaa laajemmilla alueilla. Lisäksi sairaanhoitopiiri vastaisi esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja valvoisi laatua.

Pykälän 3 momentin mukaan sairaanhoitopiirit huolehtisivat tehtäväalaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta sekä tietojärjestelmien yhteensovittamisesta. Sairaanhoitopiiri vastaisi myös siitä, että erikoissairaanhoidossa toteutetaan yhtenäisiä hoidon perusteita.

34 §. Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Pykälän 1 momentin mukaan samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien (tai yhteistoiminta-alueiden) olisi laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, jonka tavoitteena olisi etukäteen saada samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat ja yhteistoiminta-alueet suunnittelemaan terveydenhuollon palvelujen järjestäminen alueellaan. Terveydenhuollon järjestämissuunnitelman avulla voitaisiin edistää alueellista yhteistoimintaa järjestämisessä ja tuottamisessa sekä palvelujen yhteensovittamisessa. Siinä voitaisiin poistaa päällekkäisiä palveluja ja porastaa alueellisia toimintoja perusterveydenhuollon palveluissa sekä alueella sijaitsevien terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Myös saumattomien palveluketjujen edistämiseksi voitaisiin sosiaalihuollon palvelut

tarvittaessa sovittaa perusterveydenhuollon palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen.

Yhteistoiminnaksi katsotussa yhteistyössä tyypillistä on yhteistoiminnan pitkäkestoisuus, kustannusten keskinäinen jakaminen ja yhteisvastuullisuus palveluista hyötyvien kuntien kesken ilman voiton tavoittelua. Hankintalakia koskevassa talousvaliokunnan mietinnössä (TaVM 26/2006 vp- HE 50/2006 vp) on määritelty kunnallista yhteistoimintaa siten, että käytännössä yhteistoimintasopimuksilla tarkoitetaan usein pitkäkestoisia sopimuksia, joissa yksi kunta tuottaa muiden yhteistoimintaan osallistuvien kuntien tarvitsemat, sopimuksessa määritellyt palvelut. Tavoitteena on sekä tietyn tehtävän hoitaminen että toiminnan kehittäminen yhteisesti. Toiminnasta johtuvat todelliset kustannukset jaetaan yhteistoimintasopimuksissa sopijapuolten kesken yhteisvastuullisesti, käytön mukaan tai muulla vastaavalla tavalla ilman taloudellisen hyödyn tai voiton tavoittelua. Hankintalain kannalta olennaiseksi tekijäksi muodostuu muun muassa se, onko toiminta yhteisesti järjestettyä ja julkisoikeudelliseen sopimukseen perustuvaa toimintaa vai palvelujen ostamista yksityisoikeudellisen sopimuksen muodossa. Erona on pidetty muun muassa sitä, että yhteistoiminnassa sopimuksen sisältöä arvioidaan yhdessä järjestämisen näkökulmasta eikä kaupallisesti.

Kunnat sopivat yhteistyössä järjestämissuunnitelman laatimisen tavoista. Suunnitelmasta olisi neuvoteltava sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kanssa. Näin olisi mahdollisuus hyödyntää sairaanhoitopiiriin asiantuntemusta esimerkiksi siitä, mitä erikoissairaanhoidon toimintoja olisi mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa.

Kunnat voivat hyödyntää järjestämissuunnitelman laatimisessa perusterveydenhuollon toimintayksikköjen kansanterveystyön asiantuntemusta samoin kuin sairaanhoitopiiriin asiantuntemusta erikoissairaanhoidon osalta. Järjestämissuunnitelmaa laadittaessa on tärkeää suunnitella alueellisesti myös perusterveydenhuollon erityisosaamisen järjestäminen tarkoituksenmukaisesti. Tällaisia erityisammattilaisia, joita välttämättä ei jokaisen kunnan tai terveyskeskuksen ole tarkoituksenmukaista yksin hankkia, voivat olla esimerkiksi ravitsemusterapeutit, toimintaterapi-

peutit, erikoishammaslääkärit ja niin edelleen. Järjestämissuunnitelmaa laadittaessa voitaisiin hyödyntää muun muassa kunnissa kerättyjä väestön terveysseurantatietoja ja palvelutarpeita. Terveysseurantatietoja olisi mahdollista saada muun muassa tämän lain 12 §:ssä mainituin tavoin. Pykälän 2 momentin mukaan järjestämissuunnitelmalla olisi mahdollisuus sopia yhteistyöstä ja työnjaosta, esimerkiksi siitä, miten peruspalvelut, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestettäisiin. Lisäksi järjestämissuunnitelmassa voitaisiin sopia perusterveydenhuollossa tarvittavasta yhteistyöstä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kanssa. Suunnitelmassa voitaisiin sopia myös siitä, miten erikoissairaanhoidon perustason toiminnot toteutettaisiin perusterveydenhuollossa. Terveysdenhuollon järjestämissuunnitelmassa olisi erinomainen mahdollisuus kehittää myös saattohoidosta yhteiset periaatteet ja seurata sen toteuttamista oikeudenmukaisella ja alueellisesti parhaalla mahdollisella tavalla. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suositukset hyvästä saattohoidosta vuonna 2010.

Suunnitelmassa tulisi ottaa huomioon, että erilaisuutta kuntien palveluvalikoimissa ja niiden järjestämistavoissa rajoittaa perustuslain yhdenvertaisuussäännös (6 §). Terveyspalveluja on annettava siten, ettei ihmisiä ilman hyväksyttävää perustetta aseteta eri asemaan muun muassa heidän ikänsä, terveydentilansa tai vammaisuutensa perusteella. Yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että toiminnasta vastaava taho järjestäisi toiminnan siten, että kaikilla henkilöillä, jotka kuuluvat toimijan vastuupiiriin, tulisi olla mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perustein. Erityisesti saattohoitopotilaiden hoito toteutuu hyvin vaihtelevasti eri puolilla maamme ja sen vuoksi olisi hyvä järjestämissuunnitelmassa sopia myös yhdenvertaisista käytännöistä saattohoidossa. Yhdenvertaisuusperiaate merkitsee myös sitä, että sen mukaisesti pitäisi toimia ajallisestikin yhdenvertaisesti eli hoito tulisi järjestää samojen periaatteiden mukaisesti riippumatta siitä, ilmeneekö hoidon tarve vuoden alkupuolella tai vuoden lopulla.

Pykälän 3 momentissa todetaan, että järjestämissuunnitelma tulisi laatia kunnallisen

valtuustokauden eli neljän vuoden ajaksi heti valtuustokauden alussa. Jos suunnitelmasta ei olla yksimielisiä, hyväksymisen edellytyksenä on, että kuntayhtymään kuuluvista jäsenkunnista vähintään kaksi kolmannelle sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Suunnitelman toteutumista olisi myös seurattava ja arvioitava vuosittain ja siihen olisi tehtävä tarvittaessa muutoksia. Sairaanhoidopiiri, jossa kunnat olisivat edustettuina, hyväksyisi suunnitelman. Kunnat voivat käytännössä itse päättää millä tasolla järjestämissuunnitelma kunnissa käsitellään ja hyväksytään. Kunnat huolehtivat myös, että sairaanhoidopiirissä tehtävät päätökset ovat linjassa kuntien itse tekemien päätösten kanssa. Tällä päätöksentekotavalla tuetaan perusterveydenhuollon yksiköiden ja sairaanhoidopiirin yksiköiden yhteistyötä ja sairaanhoidopiirissä toimivaa perusterveydenhuollon yksikköä yhteistyön edistämisen tehtävässä.

Pykälän 4 momentissa on asetuksen antovaltuutus eli tarvittaessa valtioneuvosto voisi antaa tarkempia säännöksiä asioista, joita olisi sisällytettävä terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan.

35 §. Perusterveydenhuollon yksikkö. Pykälän 1 momentin mukaan sairaanhoidopiiriin tulisi perustaa perusterveydenhuollon yksikkö. Yksikkö tukisi 34 §:ssä mainitun terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista sairaanhoidopiirin alueen kuntien kesken. Jotta perusterveydenhuollon yksikkö voisi tukea kuntia, siinä tulisi olla moniammatillinen terveysalan asiantuntemus.

Pykälän 2 momentin mukaan perusterveydenhuollon yksikön keskeinen tehtävä olisi perusterveydenhuollon kehittämiskysymysten koordinointi ja siihen liittyvän tiedon koostaminen ja välittäminen. Yksikön tehtäviä olisivat myös perusterveydenhuollon toiminnan sisällön, toimintakäytäntöjen ja osaamisen kehittämistyö ja toiminnan laadun ja vaikuttavuuden arviointi. Yksikkö myös koordinoisi perusterveydenhuollossa tehtävää tieteellistä tutkimusta sekä hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista ja alueellista täydennyskoulutusta yhteistyössä eri tahojen kanssa. Terveysdenhuollon järjestämissuunnitelmassa olisi mahdollisuus sopia muun muassa työn-

jaosta, tehtävistä ja konsultaatioista sairaanhoitopiiriin ja kuntien ja yhteistoiminta-alueiden välillä ja sosiaalihuollon kanssa.

Perusterveydenhuollon yksikkö koordinoisi myös alueensa edustuksen järjestämistä kansalliseen perusterveydenhuollon kehittämisverkostoon ja vastaisi verkoston yhteisten kehittämistekniikoiden osaamisen levittämisestä vastuualueellaan. Yksikkö tekisi yhteistyötä sekä loisi pysyviä yhteistyökäytäntöjä oman alueensa sosiaalialan osaamiskeskustan (laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta 1230/2001) kanssa. Kansallisen perusterveydenhuollon kehittämisverkosto ja sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunta puolestaan edistäisivät yhteistyössä pysyvien yhteistyörakenteiden syntymistä sekä alueellisella että valtakunnallisella tasolla.

36 §. *Terveysten, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen alueellisesti.* Kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevan puitelain 6 §:n mukaan kuntayhtymällä on velvollisuus edistää alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamista. Tätä toteutetaan sekä osana kaikkia erikoissairaanhoidon hoitoprosesseja, erityisesti sekundaari- ja tertiääripreventiona, että tarjoamalla tukea ja asiantuntemusta alueen kunnille. Joitakin terveyden edistämisen toiminnoista on luontevaa hoitaa alueellisella tasolla, mutta edelleenkin se säilyisi ennen kaikkea kuntien tehtävänä.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymille velvoite antaa jäsenkunnille asiantuntija-apua muun muassa terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn liittyvien toimintamallien kehittämisessä ja käyttöön otossa, sekä velvoite seurata alueen väestön hyvinvointia ja terveyttä, mihin alueilla on paremmat edellytykset kuin pienillä kunnilla. Sairaanhoitopiirit voisivat koordinoita tautien ehkäisy- ja hoito-ohjelmia (esimerkiksi astma, diabetes), yhdistettynä hoitoon ja kuntoutukseen, ja siten pyrkiä vähentämään palvelujen tarvetta ja kuormitusta. Sairaanhoitopiirit voisivat tuottaa tietoa alueen kuntien yhteiseen käyttöön, muun muassa väestön terveydentilan muutoksista. Väestötason tietoa voitaisiin nykyistä paremmin koota myös potilasasiakirjoista.

Pykälän 2 momentti velvoittaisi, että silloin kun alueellisesti sairaanhoitopiiriin, maakuntaliiton tai muun alueellisen toimijan koordinoimana valmistellaan hyvinvointistrategioita tai -suunnitelmia, tulisi se tehdä yhdessä alueen kuntien kanssa sovittaen alueelliset tavoitteet yhteen kuntien tavoitteiden kanssa.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen säilyisivät kuitenkin ensisijaisesti kuntien tehtävänä. Hyvä esimerkki on tehdä hyvinvointisopimus alueellisen vastuuyksikön, esimerkiksi maakuntaliiton tai sairaanhoitopiiriin ja jokaisen kunnan kanssa. Sopimuksessa kunnat sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiin, saavat alueellisten toimijoiden tuen ja tavoitteiden toteutumista seurataan yhdessä. Alueellisen suunnitelman ja toimeenpanon etuja ovat muun muassa tiedon tuottamisen sekä seurannan ja arvioinnin keskittäminen ja osaamisen ja kokemusten jakaminen.

37 §. *Terveyskeskusten tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminta.* Pykälän 1 momentin mukaan terveyskeskusten olisi huolehdittava moniammatillisesta tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Moniammatillinen kehittämistoiminta sekä siihen liittyvä koulutus- ja tutkimustoiminta olisivat osa terveyskeskuksen toimintaa, johon kunnan olisi osoitettava riittävät voimavarat. Tämä tukisi terveyskeskustoiminnan jatkuvaa kehittämistä. Terveyskeskukset voisivat saada edellä mainittuun toimintaansa sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön asiantuntemusta. Perusterveydenhuollon yksikkö voisi koordinoita sairaanhoitopiiriin alueen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoimintaa 34 §:ssä mainituin tavoin. Myös terveyskeskusten tulisi osallistua perusterveydenhuollon yksikön kanssa yhteistyössä kansalliseen perusterveydenhuollon kehittämiseen sosiaali- ja terveysministeriön linjaamalla tavalla. Näin voitaisiin varmistaa terveyskeskusten kehittämistoiminnan yhtenäisyyttä ja systemaattista kokemusten vaihtoa sekä hyvien käytäntöjen leviämistä.

Terveyskeskuksissa olisi mahdollisuuksien mukaan perusterveydenhuollon yksikön tukemana järjestettävissä myös yliopistotasoisista tutkimusta tukevat olosuhteet. Voimavarojen järjestäminen tällaiseen tutkimukseen ei kuuluisi kuntien tehtäviin.

Pykälän 2 momentin mukaan yliopistojen lääketieteellisen, hammaslääketieteellisen ja terveystieteellisen koulutusyksikön opettaja tai ammattikorkeakoulun terveystieteen opettaja voi toimia suostumuksensa mukaisesti terveyskeskuksen sivutoimisessa virassa. Tällä varmistettaisiin terveyskeskustöiden korkeakoulutasoisen opetuksen käytännönläheisyys ja yhteys palvelujärjestelmään, kun korkeakoulujen opettajilla voisi olla terveyden ja sairaanhoitoon tai sen johtamiseen liittyvä sivuvirka.

Pykälän 3 momentin mukaan terveyskeskusta voidaan käyttää terveydenhuoltohenkilökunnan koulutukseen siten kuin korkeakoulun taikka koulutuksesta vastaavan muun viranomaisen tai yhteisön ja kunnan välillä sovitaan. Tällä varmistettaisiin se, että terveyskeskusten tiloja, välineitä sekä laitteita on mahdollista käyttää terveydenhuoltohenkilökunnan koulutuksessa erikseen sovitulla tavalla.

Pykälän 4 momentissa kansanterveystyötä tekevä viranhaltija veloitettaisiin osallistumaan 1 momentissa tarkoitetun koulutuksen antamiseen siten kuin siitä on sopimuksessa tarkemmin määrätty. Tällä varmistettaisiin muiden kuin edellisessä momentissa mainittujen opettajien osallistuminen terveyskeskuksissa annettavaan opetukseen. Tämä koskisi viranhaltijoina toimivia terveyskeskuksen lääkäreitä, hoitotyöntekijöitä ja muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä, joiden mukana olo terveyskeskustöiden käytännön opetuksessa on välttämätöntä.

38 §. Terveydenhuollon alueellinen varautuminen ja valtion osallistuminen valmiuden ylläpitämiseen. Pykälän 1 momentissa säädetäisiin sairaanhoitopiirin kuntayhtymän yhteistyössä alueensa kuntien kanssa tekemästä alueellisesta varautumisesta ja valmiussuunnittelusta. Valmiuslain (1080/1991) mukaan valtion viranomaisten ja liikelaitosten sekä kuntien ja kuntayhtymien tulee laatia valmiussuunnitelmat. Valmiuslain velvoite on yksittäistä kuntaa ja kuntayhtymää koskeva yleisvelvoite. Se ei sisällä suunnittelun johtosuhteita ja yhteistyötä koskevia määräyksiä. Pykälän tarkoituksena on selkeyttää suunnitteluvastuita ja ohjata varautumista ja valmiussuunnittelua alueellisella pohjalla tapahtuvaksi. Alueellinen erikoissairanhoidon

ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tapahtuva varautuminen ja valmiussuunnittelu tehostavat varautumista edistämällä terveydenhuollon kapasiteetin ja voimavarojen sekä erityis- ja asiantuntijapalvelujen yhteiskäytön ja potilasvirtojen ohjauksen etukäteissuunnittelua. Alueellisen terveydenhuollon valmiussuunnittelun laatimisen tulee tapahtua alueen kuntien sosiaalitoimen kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota suunnitelman asianmukainen laatiminen ja alueen varautuminen edellyttävät.

Pykälän 2 momentissa säädetään valtion mahdollisuudesta osallistua terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Säännöksellä turvattaisiin sellaisen varautumisen valtakunnallinen ylläpitäminen, mikä ei lainsäädännön mukaan kuulu kunnan tai kuntayhtymän vastuulle. Samalla mahdollistettaisiin erityistilanteiden jälkihoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaaminen kunnille silloin kun se tapahtuman luonne ja kunnan voimavarat huomioon ottaen on perusteltua.

Kotimaassa ja ulkomailla tapahtuvissa suu-remmissä onnettomuus- ja erityistilanteissa kunnan tai alueen terveydenhuollon voimavarat ja osaaminen eivät useinkaan riitä tilanteen hallintaan tai johtamiseen. Uhrien nopea tutkimuksen ja hoidon käynnistäminen edellyttää, että onnettomuusalueelle saadaan avuksi muualta terveydenhuollon ammattihenkilöitä, terveydenhuollon tarvikkeita ja laitteita sekä lääkkeitä. Potilaita saatetaan joutua myös siirtämään hoidettavaksi muualle, mikä usein edellyttää ilmateitse tapahtuvan lääkinnällisen evakuoitavalmiuden olemassaoloa. Tarkoituksena on nimetä ja valtuuttaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja Vantaan sosiaali- ja kriisipäivystys valtakunnalliseksi toimijoiksi tämän tyyppisissä tilanteissa. Kokemuksia toiminnasta ja valtakunnallisen toimijan tarpeesta on muun muassa Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofin ja Malagan bussionnettomuuden sekä Joke-lan ja Kauhajoen ampumistapahtumien hoidon yhteydessä.

39 §. Ensihoitopalvelun järjestäminen. Pykälän 1 momentissa säädetäisiin ensihoitopalvelun toteuttamisesta osana alueen terveyspalvelujen kokonaisuutta ja päivystystoimintaa. Ensihoitopalvelu on lainsäädännössä

käsitteenä uusi ja se ehdotetaan määriteltäväksi laissa. Ensihoitopalvelu kattaisi nykyisessä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja sairaankuljetuksesta annetussa asetuksessa käytetyt käsitteet sairaankuljetus, ensihoito ja lääkinnällinen pelastustoiminta. Kuten nykyisinkin, ensihoitopalvelu kattaisi alueellisesti palvelun järjestämisen maaseutualueilla, sisävesillä ja saaristossa sekä satamaan kiinnitettynä olevilla aluksilla. Ensihoitopalvelusta vastaava taho päättäisi siitä, minkälaisella kalustolla alueen ensihoitopalvelun tehtävät hoidetaan tarvittaessa yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa. Merialueella olevilla aluksilla olevien potilaiden tavoittamisesta ja kuljettamisesta säädetään meripelastuslaissa, ja ensihoitopalvelun kytkemisestä potilaan hoitoon näissä tilanteissa sovitaisiin alueellisesti sairaanhoitopiiriin ja meripelastusviranomaisten välillä.

Ensihoitopalvelu kuuluisi jatkossa sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tehtäviin. Kun palvelu toteutetaan kuntaa suuremmalla alueella, mahdollistetaan kattavan ja tasapuolisen ensihoitopalvelun järjestäminen siten, että ensihoitopalvelu muodostaa alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden ja saumattoman palveluketjun sairaaloiden ja päivystystoiminnan kanssa.

Pykälän 2 momentissa säädetään ensihoitopalvelun järjestämistapavaihtoehdoista sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n yleissäännöksestä poiketen. Nykyisin sairaankuljetus- ja ensihoitopalveluja tuottavat kunnat, alueen pelastustoimi ja yksityiset palvelun tuottajat. Säännöksellä mahdollistettaisiin nykyisten palvelun tuottajien resurssien ja asiantuntemuksen käyttäminen toiminnassa jatkossakin. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä voisi valita säännöksessä mainituista järjestämistapavaihtoehdoista tarkoituksenmukaisimman tavan järjestää ensihoitopalvelu alueellaan tai osassa sitä. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä voisi hoitaa toiminnan itse, yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kanssa taikka hankkimalla palvelun muulta palvelun tuottajalta. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä voisi päättää ensihoitopalvelun erilaisista järjestämistavoista alueensa eri osissa taikka ensihoitopalveluun sisältyvien tehtäväkoko-

naisuuksien järjestämisestä eri tavoin huomioiden alueelliset erityistarpeet ja -olosuhteet sen mukaan kuin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä katsoo tarkoituksenmukaiseksi. Palvelun järjestämistapaa valitessaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulisi kiinnittää erityistä huomiota ensihoitopalvelun laatuun ja toiminnan kehittämiseen yhdessä alueen päivystyspisteiden kanssa.

Silloin kun sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä järjestää ensihoitopalvelun omana toimintanaan, ensihoitopalvelun järjestämiseen tarvittava henkilöstö olisi sairaanhoitopiiriin palveluksessa ja kalusto sen hallinnassa. Ensivastetoiminnan järjestämisestä tulisi sopia palvelun tuottajan kanssa sen mukaisesti kuin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tekemässä ensihoidon palvelutasopäätöksessä on päätetty.

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä voisi järjestää palvelun myös yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kanssa. Jos ensihoitopalvelusta vastaava sairaanhoitopiiri katsoisi tarkoituksenmukaiseksi, se voisi sopia yhteistoiminnasta sairaanhoitopiirien kesken ensihoitopalvelun järjestämiseksi useiden sairaanhoitopiirien alueella.

Pelastuslain (468/2003) mukaan kunnat vastaavat pelastustoimesta valtioneuvoston määräämällä alueella siten kuin siitä säädetään pelastustoimen alueiden muodostamisesta annetussa laissa (1214/2001). Pelastustoimesta annetun valtioneuvoston asetuksen (787/2003) mukaan alueen pelastustoimi tuottaa sairaankuljetus-, ensihoito- ja ensivastepalveluja, jos terveydenhuoltoviranomaisten kanssa siitä on sovittu. Pelastuslain muutos on valmisteilla, mutta valmisteilla olevassa lakiluonnoksessa alueen pelastustoimen rakenteet on tarkoitettu säilyttää nykyisen kaltaisina.

Kuntalain 3 §:ssä ja 10 luvussa on säädetty kuntien yhteistoiminnasta ja kuntalain 10 a luvussa kunnallisista liikelaitoksista. Kuntalain 87 a §:n mukaan kunta tai kuntayhtymä voi perustaa kunnallisen liikelaitoksen liiketoimintaa tai liiketaloudellisten periaatteiden mukaan hoidettavaa tehtävää varten. Säännöksessä tarkoitettu yhteistoiminta toisen sairaanhoitopiiriin kanssa voitaisiin toteuttaa esimerkiksi muodostamalla muiden sairaanhoitopiiriin kuntayhtymien kanssa yhteinen

kuntalain 87 a §:ssä tarkoitettu liikelaitos-kuntayhtymä, jonka tehtävänä olisi ensihoitopalvelujen tuottaminen.

Kilpailuneutraliteetin kannalta ongelmalliseksi ovat muodostuneet tilanteet, joissa kunta tai kuntayhtymä kilpailee markkinoilla yritysten kanssa, koska kunnalla ja kuntayhtymällä on konkurssisuoja ja veroetuja yksityisiin yrityksiin nähden.

EU-komissio antoi huhtikuussa 2010 neuvoston asetuksen (EY) N:o 659/1999 17 artiklan perusteella alustavan näkemyksen Suomen kunnallisille liikelaitoksille myönnetyn tuen soveltuvuudesta sisämarkkinoille. Komissio katsoi, että oikeudellisesta asemasta johtuvaa konkurssiin liittyvän liiketaloudellisen riskin puuttumista voidaan pitää kunnallisille liikelaitoksille myönnettynä rajoittamattomana valtiontakauksena. Lisäksi komissio katsoi, että kunnalle myönnetty veroedut, kuten vapautus yhtiö-, kiinteistö- ja pääomaverosta sekä arvonnalisäveron palautusjärjestelmä, ovat valikoivia ja EU-valtiontukisäännöksiensä vastaisia tukia. Komissio kehotti Suomea muuttamaan kunnallisten liikelaitosten nykyistä tilannetta siten, että kilpailuilla markkinoilla toimiville kunnallisille liikelaitoksille ei enää pitäisi myöntää rajoittamatonta takausta ja veroetuuksia, vaan niillä olisi oltava yhtäläiset toimintolosuhteet yksityisten toimijoiden kanssa. Tällainen tilanne voitaisiin saavuttaa muuttamalla ne tavanomaisiksi yrityksiksi. Sekä lakisääteisiä takauksia että veroetuuksia koskeva etuoikeutettu asema voitaisiin säilyttää vain sellaisten yksiköiden osalta, jotka ovat mukana kunnan sisäisissä toimissa eivätkä harjoita taloudellista toimintaa.

Valtiovarainministeriössä on valmisteilla kuntalain muutos lainsäädännön muuttamiseksi komission kannan mukaiseksi. Valmisteilla olevan muutoksen kunta voisi hoitaa tehtävää kilpailutilanteessa markkinoilla vain yhtiö-, yhteisö- tai säätiömuodossa (yhtiöittämisvelvoite). Yhtiöittämisvelvoite ei kuitenkaan tulisi koskemaan tilanteita, joissa kunta järjestää lain perusteella omana toimintanaan palveluja kunnan asukkaille ja muille, joille kunnan on lain perusteella järjestettävä palveluja. Kilpailutilanteesta markkinoilla ei olisi myöskään kyse, jos kunnat järjestävät lakiin perustuvan yhteistoimintavelvoitteen

perusteella kuntalain 76 §:ssä tarkoitetuissa yhteistoiminnan muodoissa omana toimintanaan palveluja alueensa asukkaille ja muille, joille sen on lain perusteella järjestettävä palveluja. Lakiin perustuvia yhteistoimintavelvoitteita on esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuollon järjestämisessä. Valmisteilla olevan muutoksen on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2011 alusta.

Ehdotettu säännös toiminnan järjestämisestä yhteistoiminnassa tarkoittaisi lakiin perustuvaa yhteistoimintavelvoitetta, niissä tilanteissa, joissa sairaanhoitopiiri sopii yhteistoiminnasta alueen pelastustoimen tai toisten sairaanhoitopiirien kanssa. Tämä säännös yhteistoiminnasta mahdollistaisi sairaanhoitopiirien yhteistoiminnan tai yhteistoiminnan pelastuslaitoksen kanssa ensihoitopalvelun järjestämisessä ilman yhtiöittämisvelvoitetta. Jotta toiminta voitaisiin katsoa hankintalain soveltamisalan ulkopuolelle kuuluvaan kuntien väliseen yhteistoimintaan, sen tulee perustua sopimukseen toiminnan järjestämisestä yhteisesti sopimusosapuolten kesken, eikä toiminnan tavoitteena ole voiton tavoittelu, kuten EY-tuomioistuin on todennut päätöksessään *Hamburger Stadtreinigung* (C-480/06). Silloin kun sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja alueen pelastuslaitos järjestävät palvelun yhteistoiminnassa sopimukseen perustuen, pelastuslaitos ei voi kuitenkaan samanaikaisesti toimia markkinoilla ja myydä palvelujaan yhteistoimintasopimuksen ulkopuolisille tahoille. Jos pelastuslaitos haluaisi myydä palvelujaan muille tahoille kilpailuilla markkinoilla, toiminta tulisi yhtiöittää. Hankintalain 10 §:ssä säädetään hankinnoista sidosyksiköltä. Hankintalakia koskevassa hallituksen esityksessä (HE 50/2006 vp) todetaan, että 10 § perustuu Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen sidoshankintoja koskevaan oikeuskäytäntöön. Lakia ei sovelleta hankintoihin, jotka hankintayksikkö tekee siitä muodollisesti erilliseltä ja päätöksenteon kannalta itsenäiseltä yksiköltä, jos hankintayksikkö yksin tai yhdessä muiden hankintayksiköiden kanssa valvoo yksikköä samalla tavoin kuin se valvoo omia toimipaikkojaan ja jos yksikkö harjoittaa pääosaa toiminnastaan niiden hankintayksiköiden kanssa, joiden määräysvallassa se on. Sidosyksikkösuhteen sisältöä on käsitelty Euroopan yhteisö-

jen tuomioistuimen tuomiossa C-107/98, Teckal (Kok. 1999, s. I-8121). Korkein hallinto-oikeus on linjannut hankintalaissa tarkoitettua sidosyksikköäsitettä ja kuntien yhteistoimintajärjestelyjä päätöksissä KHO 30 marraskuuta 2004 taltio 3048 ja KHO 30 elokuuta 2006 taltio 2207.

Edellä kerrotun oikeuskäytännön perusteella alueen pelastustoimea ei voida pitää sairaanhoitopiiriin sidosyksikkönä, siten kuin hankintalaissa tarkoitetaan. Koska hankintalainsäädäntö koskee vain hankintasopimusten tekemistä, muina kuin hankintasopimuksina toteutettavat hankintayksiköiden yhteistyöjärjestelyt eivät ole hankintalain soveltamisalan piirissä. Siten esimerkiksi kuntalain 10 luvussa tarkoitettu kuntien yhteistoiminta ei kuulu hankintalain soveltamisalan piiriin, ellei sitä toteuteta hankintasopimuksella.

Kunnallisen yhteistoiminnan ja hankintalain soveltamisen raja on tulkinnanvarainen. Hankintalakia koskevassa talousvaliokunnan mietinnössä (TaVM 26/2006 vp- HE 50/2006 vp) on määritelty kunnallista yhteistoimintaa siten, että käytännössä yhteistoimintasopimuksilla tarkoitetaan usein pitkäkestoisia sopimuksia, joissa yksi kunta tuottaa muiden yhteistoimintaan osallistuvien kuntien tarvitsemat, sopimuksessa määritellyt palvelut. Tavoitteena on sekä tietyn tehtävän hoitaminen että toiminnan kehittäminen yhteisesti. Toiminnasta johtuvat todelliset kustannukset jaetaan yhteistoimintasopimuksissa sopijapuolten kesken yhteisvastuullisesti, käytön mukaan tai muulla vastaavalla tavalla ilman taloudellisen hyödyn tai voiton tavoittelua. Hankintalain kannalta olennaiseksi tekijäksi muodostuu muun muassa se, onko toiminta yhteisesti järjestettyä ja julkisoikeudelliseen sopimukseen perustuvaa toimintaa vai palvelujen ostamista yksityisoikeudellisen sopimuksen muodossa. Erona on pidetty muun muassa sitä, että yhteistoiminnassa sopimuksen sisältöä arvioidaan yhdessä järjestämisen näkökulmasta eikä kaupallisesti. Yhteistoiminnaksi katsotussa yhteistyössä tyypillistä on sopimuksen pitkäkestoisuus, kustannusten keskinäinen jakaminen ja yhteisvastuullisuus palveluista hyötyvien kuntien kesken ilman voiton tavoittelua.

Yhteistoimintana ei sen sijaan ole pidetty yksittäistä hankintaa eikä sopimusta, jossa

palvelun hinta määräytyy markkinaehtoisesti ja jossa myyjän tavoitteena on kaupallisesti kannattava toiminta. Kuntien väliset sopimukset voivat olla myös kaupallisia, jolloin ne ovat hankintoja.

Yhteistoimintasopimuksessa toiminnan valvonta voi tapahtua yhteisen toimielimen alaisuudessa tai siten, että palvelun suunnittelun, toteutuksen ja kustannusten seuranta tapahtuu vapaamuotoisempaa yhteistoimintana. Kuntalain 77 §:n mukaisesti yhteistyöhön osallistuvat kunnat voivat sopia, että ne valitsevat osan jäsenistä sen isäntäkunnan toimielimeen, joka vastaa tehtävistä.

Markkinaoikeus antoi 14 tammikuuta 2009 ratkaisut MAO:10/09, MAO:11/09, MAO:12/09, MAO 13/09 ja MAO:14/09, jotka koskivat Järvenpään, Keravan ja Hyvinkään kaupunkien sekä Mäntsälän, Nurmijärven, Tuusulan ja Pornaisten kuntien tekemää sairaankuljetuksen yhteistoimintasopimusta. Ratkaisut eivät ole lainvoimaisia. Jos ratkaisut jäävät pysyväksi, ne muuttavat aikaisempaa tulkintakäytäntöä. Markkinaoikeus katsoi, että Keski-Uudenmaan pelastuslaitos on sairaankuljetusta koskevassa yhteistoimintasopimuksen mukaisessa toiminnassaan kuntien yhteisen määräysvallan alaisuudessa. Pelastuslaitoksen muodollisen aseman osana Vantaan kaupungin hallintoa ei ole katsottava merkitsevän sitä, että päätöksentekijä kysymyksessä olevien palvelujen toteuttamisen osalta ei tapahtuisi yhteistoimintasopimuksessa mukana olevien kuntien yhteisesti hyväksymällä tavalla. Markkinaoikeus katsoi, että käsiteltävässä yhteistoimintasopimuksessa on ollut kysymys kuntien hallinnollisesti yhdessä järjestämästä sairaankuljetuksesta eikä sairaankuljetuspalvelujen ostamisesta.

Euroopan Yhteisöjen tuomioistuin antoi kesäkuussa 2009 yhteistyötä ja kilpailuttamisvelvollisuutta koskevan tuomion Hamburger Stadtreinigung -tapauksessa (C-480/06), joka merkitsi muutosta aikaisempaan oikeuskäytäntöön. Neljä Ala-Saksin hallinnollista piirikuntaa oli tehnyt Hampurin kaupungin puhtaanapito-osaston kanssa sopimuksen niiden jätteiden huolehtimisesta uudessa rakenteilla olevassa jätteenpolttolaitoksessa.

Yhteisöjen tuomioistuin on todennut aikaisemman oikeuskäytännön perusteella, että jos kunta antaa julkisen palvelun hoitamisen sellaisen kuntienvälisen osuuskunnan tehtäväksi, jonka ainoana tarkoituksena on tuottaa palveluja sen jäseninä oleville kunnille, tämä voi tapahtua ilman kilpailuttamista.

Tuomioistuin totesi, että yhteisön oikeudessa ei edellytetä viranomaisilta tietyn oikeudellisen muodon käyttämistä, kun ne suorittavat yhdessä niiden julkisen palvelun tehtäviä. Toisaalta tällaisella viranomaisten välisellä yhteistyöllä ei saateta kyseenalaiseksi julkisia hankintoja koskevien yhteisön sääntöjen päättävöittettä eli palvelujen vapaata liikkuvuutta ja avaamista vääristymättömälle kilpailulle kaikissa jäsenvaltioissa, koska tämän yhteistyön toteuttamista säätelevät ainoastaan yleisen edun mukaisten päämäärien tavoittelulle ominaiset seikat ja vaatimukset ja koska direktiivissä 92/50 tarkoitettu asianomaisten yhdenvertaisen kohtelun periaate taataan siten, ettei yhdellekään yksityiselle yritykselle anneta etua sen kilpailijoihin nähden.

Edellä mainittu Euroopan Yhteisöjen tuomioistuimen tuomio muutti oikeuskäytäntöä siten, että julkisten toimijoiden välinen yhteistyö julkisen tehtävän hoitamiseksi olisi mahdollista ilman hankintamenettelyä myös tilanteissa, joissa yhteistyökumppanit eivät perusta yhteistä hallinnollista rakennetta julkisen tehtävän hoitamiseksi. Momentin 2 kohdassa ei ole lainsäädännöllä rajattu sairaanhoitopiiriin ja alueen pelastustoimen välisen yhteistyön muotoa. Kuntalaissa tarkoitettua yhteisen hallinnollisen rakenteen perustaminen yhteisen tehtävän hoitamiseksi olisi mahdollista, mutta myös muut yhteistyön muodot olisivat mahdollisia. Olennaista yhteistyön arvioinnissa olisi se, että kaikki yhteistyöhön osallistuvat tahot ovat julkisia yksiköitä ja että yhteistyön tavoitteena on yhdessä varmistaa julkisen tehtävän hoitaminen. Kaikkien yhteistyökumppaneiden ei tarvitsisi kuitenkaan osallistua samalla tavoin tehtävään, vaan yhteistyö voisi perustua tehtävien jakamiselle, kuitenkin siten, että kyseessä ei ole pelkästään palvelun ostoa koskeva sopimus. Olennaista yhteistyön arvioinnissa on myös se, että yhteistyökumppaneiden välillä voidaan maksaa ainoastaan kor-

vausta toiminnan harjoittamisesta aiheutuvi-
ta kustannuksista esimerkiksi kuntien mak-
suuksina etukäteen sovitulla tavalla, eikä
toiminta voisi perustua taloudellisen voiton
tavoitteluun.

Ensihoitopalvelun järjestämisellä yhteis-
työssä alueen pelastustoimen kanssa saavu-
tettaisiin merkittäviä hyötyjä muun muassa
henkilöstön ja kaluston käytön osalta. Silloin
kun pelastustoimi hoitaa ensihoito- ja ensi-
vastetehtäviä, pelastuslaitoksella on käytös-
sään henkilöstöä, joka pystyy toimimaan
myös perustason ensihoitotehtävissä. Pelas-
tusopiston antaman pelastajakoulutus sisältää
myös ensihoidon opetusta ja sitä kautta pe-
lastajatutkinnon suorittaneet saavat pätevyy-
den myös perustason ensihoitotehtäviin. Tästä
johtuen pelastuslaitoksilla on myös henki-
löstöresursseja ensivastetehtävien hoitami-
seen.

Pelastuslaitosten ylläpitämät resurssit ovat
hyödynnettävissä terveydenhuoltoviran-
omaisten resurssien lisänä ensihoitotehtäviin
suuronnettomuus- ja terveydenhuollon eri-
tyistilanteiden hoitamisessa ja niihin varau-
tumisessa. Näissä tilanteissa pelastustoimen
valmiudessa oleva henkilöstö on käytettävissä
ensihoitotehtäviin lyhyellä varoitusaajalla.
Vastaavasti pelastustoimen ylläpitämää ka-
lustoa varajärjestelyineen voidaan käyttää
kustannustehokkaasti suuronnettomuus- ja
erityistilanteissa.

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä voisi jär-
jestää alueensa ensihoitopalvelun tai osan siitä
hankkimalla palvelut hankintalakia nou-
dattaen yksityiseltä palvelun tarjoajalta. Sai-
raanhoitopiiriin kuntayhtymän tekemässä en-
sihoidon palvelutasopäätöksessä määritellään
hankinnan kohde ja laatuksiteerit. EU-
komission edellyttämien EU-
valtiontukisäännöksiin vastaisten tukien
poistamista koskevien valmisteilla olevien
kuntalain muutoksien perusteella, kunta tai
kuntayhtymä eivät voisi enää pääsääntöisesti
osallistua tarjouskilpailuun muutoin kuin yhtiö-
muotoisena.

Säännöksen 3 momentin mukaan alueen
ensihoidon palvelutaso määriteltäisiin ensi-
hoidon palvelutasopäätöksessä, jonka sai-
raanhoitopiiriin kuntayhtymä laatisi. Palvelu-
tasopäätöksessä asetettaisiin ohjeelliset alu-
eelliset aikatavoitteet, joissa ensivasteyksi-

kön, perustasoisen tai hoitotasaisen ambulanssin tulisi tavoittaa potilas. Tavoitettavuuden osalta määrittelyn perusteet olisivat valtakunnallisesti yhteneväiset ja perustuisivat muun muassa riskikartoitukseen ja väestökeskittymiin. Lisäksi palvelutasopäätöksessä määriteltäisiin alueen ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutusvaatimukset.

Ensihoitopalvelun johtamisjärjestelmää on tarkoitus kehittää asteittain siten, että ensihoitopalvelun johtaminen perustuisi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ensihoidon vastuulääkärin, päivystävän ensihoitolääkärin ja ensihoitopalvelun alueellisten kenttäjohtajien toimintaan, jotka ohjaisivat ja valvoisivat palvelutasomäärittelyn mukaista toimintaa. Nykyisin sairaankuljetuksesta ja ensihoidosta vastaa terveyskeskuksessa ensihoidon vastuulääkäri. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman selvityshenkilön raportin (STM, selvityksiä 2007:26) mukaan 91 prosentilla terveyskeskuksista on nimetty vastuulääkäri, mutta vain 31 prosentilla heistä on riittävästi työaikaa käytettävissä tehtävän hoitamiseksi. Terveyskeskuksista 58 prosenttia ilmoitti, että vastuulääkärillä on riittävä osaamistaso tehtävien hoitamiseksi. Sairaanhoitopiireissä on ensihoidosta ja lääkinnällisestä pelastustoiminnasta vastaavia lääkäreitä, mutta vain harvat heistä ovat päätoimisia. Ensihoitopalvelun järjestäminen alueellisella tasolla mahdollistaisi osaamisen keskittämisen sairaanhoitopiirin yhdelle ensihoitopalvelusta päätoimisesti vastaavalle lääkärille ja parantaisi siten ensihoitopalvelun ohjausta. Ensihoidon vastuulääkäri laatisi ensihoidon hoito-ohjeet sairaanhoitopiirin alueella ja suunnittelisi potilaiden hoitoon ohjauksen sairaanhoitopiirin alueella. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit sopsivat yhdessä ensihoidon lääkäritasoisien päivystyksen järjestämisestä erityisvastuualueella. Käytännössä sairaanhoitopiirien ensihoidon vastuulääkärit toimisivat erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen päivystävänä ensihoitolääkäreinä.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueelle on tarkoitus luoda ensihoitopalvelua varten terveydenhuollon kenttäjohtajajärjestelmä. Poliisitoimi ja pelastusviranomaiset ovat luoneet kentällä tapahtuvaa toimintaa varten operatiivisen esimiesjärjestelmän, jonka puit-

teissa toimialan johtovastuut on selkeästi määritelty. Tarve korostuu useamman yksikön tehtävissä sekä monipotilas- ja erityistilanteissa. Ensihoitopalvelussa terveystoimella ei ole vastaavaa järjestelmää, vaan johtamis- ja esimiespäätökset joudutaan tekemään tilannekohtaisesti. Tämän vuoksi useat pelastuslaitokset ovat perustaneet lääkintäesimiehen virkoja. Ensihoitopalvelun muuttuva järjestämistapa ja kytkeytyminen osaksi terveydenhuollon muita päivystyspalveluja, edellyttäisi että terveydenhuolto itse huolehtisi ensihoitopalvelun johtamisesta kaikissa tilanteissa. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tekemässä ensihoidon palvelutasopäätöksessä määriteltäisiin ensihoitopalvelun kenttäjohtajien tarve alueellisesti, ja he toimisivat päivystävinä ensihoitopalvelun esimiehinä. Ensihoitopalvelun kenttäjohtajat toimisivat moniviranomais- ja monipotilastehtävissä terveydenhuollon tilannejohtajina sekä ensihoidon tovalmiuden ylläpidon valvojina yhdessä hätäkeskusten kanssa.

Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava siten, että se voidaan hoitaa mahdollisimman tehokkaalla ja tarkoituksenmukaisella tavalla. Sairaanhoitopiirikohtaisesti tehtävän ensihoidon palvelutasopäätöksen pohjaksi kartoitetaan alueen tarpeet, toteutunut palvelu ja käytettävissä olevat resurssit. Niiden pohjalta laaditaan palvelutasopäätös, jossa myös huomioidaan väestön oikeus tasavertaiseen palveluun ja eri toimijoiden mahdollisuudet tuottaa ensihoitopalvelu palvelutasopäätöksen mukaisesti.

40 §. Ensihoitopalvelun sisältö. Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan ensihoitopalvelu olisi kokonaisuus, joka vastaisi potilaan kiireellisestä hoidosta ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella ja tarvittaessa potilaan kuljettamisesta tarkoituksenmukaisimpaan terveydenhuollon yksikköön. Päivystävien terveydenhuollon yksiköiden määrän harventuessa päivystystoimintoja keskitettäessä korostuu potilaiden hoitoon ohjauksen merkitys. Oikeaan osunut hoitoon ohjaus vähentää turhien potilassiirtojen määrää, mikä puolestaan vähentää syntyvien ambulanssityhjiöiden määrää. Ensihoidosta vastaava lääkäri pystyy nykyistä paremmin koordinoimaan alueen ensihoitojärjestelmien toimintaa, toimimaan ensihoitopalvelun kent-

täjohtajien ja alueen ensihoitajien lääketieteellisenä esimiehenä sekä suunnittelemaan yhdessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon edustajien kanssa potilaiden hoitoonohjausta.

Ensihoitopalvelu käsittäisi hätäkeskuksen välittämät, pääasiassa ennalta suunnitellut toimet tehtävät ensisijaisesti hoitolaitosten ulkopuolella. Kiireettömät ennalta suunnitellut potilassiirrot eivät kuuluisi ensihoitopalveluun. Koska ensihoitopalvelu ei ole täysin eriytettävissä hoitolaitossiirroista eikä suunnitelluista potilaiden siirtokuljetuksista, ja jotta koko kuljetuskapasiteetti saataisiin hyödynnettyä, ehdotetaan ennalta suunniteltujen potilaskuljetusten yhteensovittaminen säädettyäksi erityisvastuualueen ensihoidokeskuksen tehtäväksi yhdessä alueen sairaanhoitopiirien kanssa. Nykyisin useassa hätäkeskuksessa välitetään kiireettömiä potilassiirtotehtäviä. Hätäkeskustoiminnan kehittämisstrategian mukaan pyritään vähentämään niitä tehtäviä, jotka eivät ole hätäkeskukseen ensisijaisesti kuuluvia, kuten suunniteltuja hoitolaitossiirtoja. Näiltä osin esitys tukee tätä kehitystä.

Ensihoitopalvelu suunniteltaisiin siten, että se mahdollistaa saumattoman yhteistoiminnan hätäkeskuksen, pelastustoimen, poliisin sekä muiden viranomaisten ja toimijoiden, kuten esimerkiksi kolmannen sektorin kanssa. Nykyistä suurempi väestöpohja ja maantieteellinen alue mahdollistavat toiminnan ohjauksen ja kokonaisvaltaisen suunnittelun tarkoituksenmukaisella tavalla.

Momentin 2 kohdan mukaan ensihoitopalvelu huolehtisi tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä tai muiden tapahtumaan osallisten ohjaamisesta psykososiaalisen tuen palvelujen piiriin, jos henkilö olisi äkillisen tapahtuman yhteydessä tuen tarpeessa. Ensihoitohenkilöstö pyytäisi tuolloin hätäkeskuksen kautta kriisi- tai sosiaalityön palveluja potilaan tai hänen omaistensa tueksi.

Momentin 3 kohdan mukaan sairaanhoitopiirit laatisivat 38 §:ssä tarkoitetut alueelliset terveydenhuollon varautumissuunnitelmat, joiden tekemiseen ensihoitopalvelu osallistuisi. Suuronnettomuus- ja terveydenhuollon erityistilanteissa ensihoitopalvelu olisi vastuussa terveydenhuollon toiminnasta hoitolaitosten ulkopuolella ja toimisi muiden vi-

ranomaisten ja tarvittaessa yhdessä vapaaehtoisen pelastuspalvelun kanssa.

(momentin 4 kohdan mukaan ensihoitopalvelun tulisi antaa virka-apua poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien hoitamiseksi. Ensihoitopalvelun antamaa virka-apua käytettäisiin esimerkiksi poliisijohtoisissa erityistilanteissa, joissa tarvitaan ensihoitovalmiutta piiritys-, panttivanki-, pommihuhkai tai muussa vastaavassa tilanteessa. Virkaavun antaminen voitaisiin, kuten nykyisinkin, järjestää osana päivittäistä ensihoitopalvelua tai perustamalla taktisen ensihoidon ryhmiä. Taktisen ensihoidon ryhmät kootaan suostumuksensa mukaan ensihoitopalvelussa työskentelevistä terveydenhuollon ammattihenkilöistä, jotka ovat saaneet erityiskoulutuksen tehtävään. Taktisen ensihoidon ryhmät toimivat tavanomaisen ensihoitovalmiuden lisäksi, jolloin päivittäistä ensihoitovalmiutta ei ole tarpeen sitoa usein pitkäkestoisin erityistilanteisiin. Virkaavun antaminen pelastusviranomaisille voi olla tarpeen esimerkiksi tilanteissa, joissa on kyseessä vaarallisen aineen onnettomuus, varallaolo tulipalotilanteissa tai räjähdysvaara.

Pykälän 2 momentissa määriteltäisiin ensivastetoiminta, jolla tarkoitettaisiin hätäkeskuksen hälytettävissä olevan muun toimijan tai muun yksikön kuin ambulanssin hälyttämistä äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan luokse tilanteissa, joissa tämä yksikkö tavoittaa potilaan ambulanssia nopeammin, ja ensivastehenkilöstön antamaa hätäensiapua.

Laissa ei säädettäisi velvoitetta järjestää ensivastetoimintaa. Ensihoitopalvelua järjestävä sairaanhoitopiiri määritteli ensihoidon palvelutasopäätöksessä, onko ensivastetoiminnan järjestämiselle osana alueen ensihoitopalvelua tarvetta ja missä laajuudessa toimintaa järjestetään. Sairanhoitopiiri tekisi sopimukset alueensa ensivastepalvelujen tuottajien kanssa. Ensivastetoimintaa tuottavat nykyisin sopimus pohjaisesti esimerkiksi pelastuslaitokset, sopimuspalokunnat, Rajavartiolaitos ja Suomen Punainen Risti.

41 §. Asetuksenantovaltuus. Asetuksella olisi tarkoitus säätää tarkemmin ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja ra-

kenteesta siten, että palvelutasopäätöksen tulisi perustua alueen riskianalyysiin ja erilaisiin sairastumis- ja onnettomuusuhkiin. Riskianalyysissä otettaisiin huomioon alueen väestötiheys, väestöpohja, vakituinen sekä vapaa-ajan asutus sekä matkailu. Ensihoitopalvelun käytännön järjestämiseksi on tarpeen määrittellä perustason ja hoitotason ensihoito asetuksella kuten nykyisinkin sekä koulutusvaatimuksen perustason ja hoitotason ensihoidossa toimimiselle. Asetuksella olisi tarkoitus säätää ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista sekä ensivastetoinnista. Asetuksella ei ole tarkoitus säätää potilaan tavoittamisen aikatavoista, henkilöstömitoituksista taikka ensihoitopalvelun laajuudesta muutoin, vaan niistä päättäisi sairaanhoitopiiri palvelutasopäätöksessä.

5 luku Erityisvastuualue

42 §. *Erityisvastuualueen tehtävät.* Pykälän 1 momentin mukaisesti erityisvastuualueiden välisellä työnjaolla turvattaisiin erikoissairaanhoito. Erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirit ovat käytännössä toimineet lain tarkoittamissa asioissa vaihtelevasti. Yhteydenpito on useimmiten ollut säännöllistä. Kaikkein vaativinta erityisosaamista edellyttävät toiminnot ovat jo ennen erityisvastuualueita keskittyneet yliopistollisiin sairaaloihin. Sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen mukaiset listaukset alueellisesti keskitettävistä hoidoista ovat oikeastaan ensimmäisen kerran konkretisoineet tarpeen keskittää toimintoja myös alueellisesti.

Tiiviisti yhteistyötä tekevä ja konserniajattelulla toimiva erityisvastuualue mahdollistaisi erikoissairaanhoidon pirstoutuneisuuden vähentämisen, keskussairaaloiden välisen kumppanuusajattelun edistämisen ja työnjaon viemisen nykyistä huomattavasti pidemmälle ilman, että erikoissairaanhoidon yksiköitä jouduttaisiin lopettamaan. Sairaaloiden toimintaprofiilit tulisivat tällä toimintatavalla muuttumaan. Väestöpohjiltaan pienimpien keskussairaaloiden tehtävät muotoutuisivat suuren aluesairaalan tyyppisiksi. Suurimmat erikoissalat ja päivystys jatkaisivat, pienim-

mät erikoissalat keskittyisivät suurempiin yksiköihin.

Erityisvastuualueet ovat onnistuneet konserniajattelun toteuttamisessa terveydenhuollon tukipalveluissa melko hyvin. Monet hankintatoimen osat toimivat jo nyt erva-alueittain. Laajaa yhteistyötä on myös kuntoutuspalvelujen alueella. Itä-Suomessa on aloittanut neljän sairaanhoitopiirin yhteinen laboratorioliiikelaitos. Suunnitelmia maakunnallisten laboratorio- ja kuvantamisliikelaitosten yhteistyöstä tai jopa yhdistymisestä on olemassa.

Pykälän 2 momentin mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien olisi yhteistyössä huolehdittava samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta. Ohjausta ja neuvontaa tulisi antaa esimerkiksi terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa ja tieteellisen tutkimuksessa ja kehittämisessä.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien yhteistyöstä ja erikoissairaanhoidon palvelujen yhteen sovittamisesta. Yhteen sovittamista tulisi tehdä myös tietojärjestelmäratkaisuihin, lääkinnällisessä kuntoutuksessa ja erilaisissa hankinnoissa. Näiden yhteen sovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien olisi tehtävä 43 §:ssä tarkemmin säädetty erikoissairaanhoidon järjestämissopimus.

Lisäksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien olisi sovittettava yhteen koulutusta ja työvoiman kysyntää. Yliopistojen yhteydessä toimivat erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen alueelliset neuvottelukunnat. Valtioneuvoston vuosille 2008–2011 hyväksymän Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman mukaan alueellista yhteistyötä työvoiman kysyntää vastaavan koulutustarjonnan turvaamisessa tulisi tiivistää myös työelämän ja sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksen ja ammatillisen koulutuksen kesken. Tätä varten luotaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden ja alan koulutusyksiköiden alueelliset yhteistyörakenteet. Niitä voitaisiin hyödyntää myös työvoima- ja koulutustarpeiden maakuntapohjaisessa ennakointiyhteistyössä sekä koulutuksen sisällön ja harjoittelun kehittämisessä.

43 §. *Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus.* Pykälän 1 momentin mukaan Erikoissairaanhoidon yhteen sovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien olisi tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus kunnallisen valtuustokauden ajaksi eli neljäksi vuodeksi kerrallaan. Kuitenkin vuosittain järjestämissopimusta pitäisi arvioida ja tehtävä siihen tarvittaessa muutoksia. Sairaanhoitopiirit sopivat keskenään järjestämissopimuksen laatimisen tavoista. Erityisvastuualueella esimerkiksi yliopistollinen sairaanhoitopiiri voi olla kokoonkutsuja neuvotteluissa.

Erikoissairaanhoidossa olisi sovittava koko erityisvastuualueen tasolla erikoissairaanhoidon alueellisesta työnjaosta. Työnjaossa sovittaisiin, mitä ja miten palveluja järjestetään ja tuotetaan missäkin toimintayksikössä. Erityisvastuualueella sovittava erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen on tärkeää erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamiseksi. Palvelujen järjestämisestä sovittaisiin erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämissopimuksessa. Valtioneuvoston asetuksen mukaisten palvelujen järjestämissuunnitelmien ulottaminen sairaanhoitopiireistä erityisvastuualueetasolle edistäisi yhteistyötä ja työnjakoa. Tämä on suomalaisen erikoissairaanhoidon yksi keskeisimmistä ongelmista niin kuin OECD maamme terveydenhuollon arviossaan on todennut. Nykyisen lainsäädännön perusteella erityistason hoidosta on voitu säätää asetuksella. Siinä on säännökset paitsi valtakunnallisesti keskitettävästä hoidosta myös alueellisesti keskitettävästä hoidosta.

Pykälän 2 momentin mukaan järjestämissopimuksen avulla voitaisiin entistä paremmin vahvistaa alueellista yhteistyötä ja palvelujen yhteensovittamista. Siinä voitaisiin poistaa päällekkäisiä palveluja ja porrastaa alueellisia toimintoja sairaanhoitopiiriin alueella sijaitsevien sairaaloiden, terveyskeskusten ja tarvittaessa muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken. Myös saumattomien palveluketjujen edistämiseksi voitaisiin sosiaalihuollon palvelut tarvittaessa sovittaa erikoissairaanhoidon palvelujen toiminnalliseen kokonaisuuteen. Työnjaon pitäisi edistää terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta, esimerkiksi vaativissa kirurgisissa

leikkauksissa. Työnjaolla voitaisiin myös edistää erikoissairaanhoidon palvelujen vaihtavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Työnjaossa tulisi ottaa huomioon, että erikoissairaanhoidon järjestämiseen on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa olisi sovittava erikoissairaanhoidon työnjaon lisäksi myös uusien terveydenhuollon menetelmien käyttöönotosta, esimerkiksi uusien kuvantamismenetelmien käyttöönotosta. Näin uusien menetelmien käyttöönotto perustuisi laajempaan konsensukseen alueella, ja ne voitaisiin ottaa käyttöön alueella samanaikaisesti ellei muuta sovita. Tämä lisäisi myös alueen asukkaiden mahdollisuutta saada yhdenvertaisia palveluja. Järjestämissopimuksessa oli mahdollista myös yhtenäistää alueen käytäntöjä saattohoidossa ja selkiä kiinnittää kuolevien potilaiden hoitoa ja potilaiden saattohoitopolku. Erityistä huomiota olisi kiinnitettävä eri-ikäisten ihmisten saattohoidon järjestämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suosituksia hyvästä saattohoidosta vuonna 2010.

Pykälän 3 momentin mukaan erikoissairaanhoidon järjestämissopimus hyväksyttäisiin erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntalain 81 §:n 1 momentin tarkoittamassa toimielimessä. Jos osapuolet eivät pääse sopimukseen erikoissairaanhoidon järjestämisestä tai jos sopimus ei täytä 2 momentissa tarkoitettuja edellytyksiä, voisi valtioneuvosto määrätä sopimuksen sisällöstä.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksella voitaisiin myös estää ns. kuntakohtaisten jonojen muodostumisen ja siten lisätä potilaiden yhdenvertaisuutta palvelun saamisessa. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus estäisi potilaiden siirtelyä erilaisissa jonoissa tai potilaiden väliinputoamisen kunnan tai kuntayhtymän järjestämisvelvollisuuden katveeseen.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin valtioneuvostolle asetuksenantovaltuus järjestämissopimuksen tarkemmasta sisällöstä ja sopimuksen tekemisestä.

44 §. *Eri erityisvastuualueisiin kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien yhteistoiminta.* Pykälässä mahdollistettaisiin myös eri erityisvastuualueisiin kuuluville sairaanhoitopiireille tehdä erikoissairaanhoidon yhteis-

toiminnasta järjestämissopimus, jossa sovittaisiin palvelujen järjestämisestä tai tuottamisesta yhteistoimin. Erityisvastuualueiden rajat ylittäviä sopimuksia voidaan tarvita esimerkiksi kielellisten oikeuksien turvaamiseksi. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 3 §:n 3 momentin mukaan potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon, ja 4 momentin mukaan potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä. Kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja suomen ja ruotsin kielellä säädetään tämän lain 6 §:ssä. Tämän lain 46 ja 47 §:ssä mahdollistetaan henkilölle valita hoitopaikka oman erityisvastuualueen ulkopuolelta kielellisistä syistä. Erityisesti erikoissairaanhoidon palveluissa saattaisi tulla tilanteita, jolloin potilaan hoito kielellisistä syistä voisi olla tarkoituksenmukaisinta muualla kuin omalla erityisvastuualueella. Esimerkiksi Vaasan sairaanhoitopiirillä on perinteisesti ollut vahva yhteys HYKS-sairaanhoitoalueeseen. Vaasan sairaanhoitopiiriin on kaksikielinen sairaanhoitopiiri, jossa enemmistökielenä on ruotsi. Sairaalassa toimii vähemmistökielen lautakunta, joka siis on suomenkielinen. Kielellisistä syistä Vaasan sairaanhoitopiiri on käyttänyt perinteisesti Helsingin yliopistollisen sairaalan palveluita. Ruotsinkielisen potilaan tarvitessa yliopistosairaalan tutkimuksia, on hänellä ollut tosiasiallisesti mahdollisuus valita hoitopaikakseen joko Tampereelle tai Helsinkiin. Helsingin yliopisto on vastannut ruotsinkielisestä lääkärikoulutuksesta. Tämän takia Vaasan sairaanhoitopiiri on ollut edustettuna Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan alueellisessa neuvottelukunnassa. Yhteistyötä on tehty myös siten, että Vaasan sairaanhoitopiiri on lahjoittanut Helsingin yliopistolle ruotsinkielisen psykiatrian professorin ja kaksi kliinistä opettajan virkaa. Pohjanmaalla on perinteisesti kulttuuriyhteydet osittain kielellisistä syistä Varsinais-

Suomeen ja ruotsinkieliseen etelärannikkoon ja siten Helsingin seudulle.

Kielellisten syiden lisäksi myös terveydenhuollon palvelujen alueellisen työnjaon toteuttamiseksi voisivat eri erityisvastuualueisiin kuuluvat sairaanhoitopiirit tehdä yhteistyötä erikoissairaanhoidon järjestämiseksi. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voisi sopia erikoissairaanhoidon tehtäväkokonaisuuksien järjestämisestä yhteistoiminnassa myös eri erityisvastuualueeseen kuuluvan toisen sairaanhoitopiirin kanssa ottaen huomioon alueelliset erityistarpeet ja -olosuhteet sen mukaan kuin sairaanhoitopiirin kuntayhtymät pitävät erikoissairaanhoidon työnjaon kannalta tarkoituksenmukaisena. Hyvällä työnjaolla voitaisiin ehkäistä muun muassa eri sairaanhoitopiirien välistä kilpavarustelua ja jakaa tehtäviä, koska terveydenhuollon voimavarat ovat kuitenkin rajalliset. Joissakin tapauksissa erikoissairaanhoidossa vaaditaan erityistä osaamista tai potilasryhmät ovat pieniä, jolloin valtakunnallinen keskittäminen ja yhteistoiminta yli erityisvastuualueiden olisi järkevää.

45 §. Erikoissairaanhoidon keskittäminen

Pykälän mukaan erityistason sairaanhoitoon kuuluvia toimenpiteitä ja hoitoa voitaisiin keskittää valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille, kun hoidon keskittäminen vain yhteen tai joihinkin yliopistollisiin sairaaloihin on tarkoituksenmukaista. Keskitettävistä hoidoista säädettäisiin jatkossa valtioneuvoston asetuksella, kun aikaisemmin keskitettävistä hoidoista on säädetty erikoissairaanhoidolain 11 §:n 3 momentin nojalla annetulla sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (767/2006). Säännös vastaa sisällöltään kumottavaa erikoissairaanhoidolain säännöstä.

Säännöksen mukaan valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin siitä, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon. Valtioneuvoston asetuksella säädetään lisäksi valtakunnallisesta ja alueellisesta erityistason sairaanhoidon keksittämisestä ja niistä kunnallisen terveydenhuollon toimintayksiköistä, joiden on vastattava keskitettävästä erityistason sairaanhoidosta. Jos valtakunnallisesti keskitettävät erityistason sairaanhoidon palvelut on tarkoituksenmukaisinta hankkia yksityisiltä palvelujen tuot-

tajalta tai ulkomailta, voidaan valtioneuvoston asetuksella määritellä palvelujen tuottajan toiminnalle asetettavat laatuvaatimukset ja muut hoidon asianmukaisuuden varmistamiseksi asetettavat vaatimukset.

46 §. Ensihoitokeskus. Osana 43 §:ssä tarkoitettua erikoissairaanhoidon järjestämissopimusta erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on sovittava ensihoitokeskuksen toimintojen järjestämisestä alueellaan. Ensihoitokeskus olisi toiminnallinen kokonaisuus, joka huolehtisi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kanssa ensihoitopalvelujen yhteensovittamisesta toimivaksi järjestelmäksi. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit sopisivat ensihoitokeskuksen toimintojen järjestämisestä, kustannusten jaosta ja hallinnon järjestämisestä. Nykyisin näiden toimintojen hallinnointi on useilla alueilla järjestetty yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kautta.

Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan ensihoitokeskuksen tehtävänä olisi vastata ensihoitopalvelun lääkäritasoisesta ensihoitopäivystyksestä alueellaan. Erityisvastuualueella työskentelisi ympärivuorokautisesti vähintään yksi päivystävä ensihoitolääkäri alueen ensihoitojärjestelmien ylimpänä operatiivisena johtajana. Käytännössä ensihoidon lääkäritasoinen päivystys järjestettäisiin pääosin sairaanhoitopiirien ensihoidon vastuulääkäreiden työvoimalla. Päivystävä ensihoitolääkäri huolehtisi potilaiden hoitoon ohjauksesta käytännössä, tukisi ensihoidon kenttäjohtajien työtä ja antaisi ensihoitajille tilannekohtaisia hoito-ohjeita.

Erityisvastuualueen ensihoitokeskus päättäisi alueensa päivystävän ensihoitolääkärin osallistumisesta kenttätoimintaan maanteitse tai helikopterilla. Sairaanhoitopiirit ovat vuodesta 2006 vastanneet alueidensa lääkäri-auto- ja helikopteritoimintojen lääketieteellisen toiminnan kustannuksista, joten esitys näiltä osin vakiinnuttaisi nykyiset käytännöt tukemaan ensihoitopalvelua. Tällä hetkellä Suomessa on ympärivuorokautisesti toimiva ensihoitolääkäripäivystys viidellä paikkakunnalla ja ensihoitolääkäripäivystyksen kustannuksista vastaa yliopistollinen sairaanhoitopiiri. Ehdotetulla säännöksellä on tarkoitus vakiinnuttaa tämä käytäntö.

Ensihoitokeskuksen päivystävä ensihoitolääkäri vastaisi myös puhelimitse annettavista kiireellisistä lääkintäpalveluista merellä oleville aluksille siten kuin meripelastuslaissa (1145/2001) säädetään. Tehtävä voitaisiin keskittää valtakunnallisesti yhteen tai kahteen ensihoitokeskukseen.

Momentin 2 kohdan mukaan ensihoitokeskuksen tehtävänä olisi suunnitella ja päättää lääkärihelikopteritoiminnasta erityisvastuualueellaan. Lääkäri- ja pelastushelikopteritoiminta on tarkoitus pääsääntöisesti eriyttää toisistaan siten, että pelastus- ja poliisihallinnon tehtävissä käytetään pääsääntöisesti valtion ilma-aluksia. Lääkärihelikopteritoimintaa ollaan parhaillaan organisoimassa uudelleen, lähtökohtana on nykyisen helikopteritoiminnan säilyttäminen. Yliopistolliset sairaanhoitopiirit arvioivat tarvitaanko niiden alueella lääkärihelikopteria osana ensihoitopalvelua, ja vastaisivat siinä tapauksessa edelleen alueellaan toimivan lääkärihelikopterin lääkinnällisestä toiminnasta. Lääkärihelikopteritoiminnan hallinnointi on tarkoitus siirtää nykyisiltä alueellisilta tukiyhdistyksiltä uudelle valtakunnalliselle hallinnointiyksikölle, jonka yliopistolliset sairaalat yhdessä perustavat vuoden 2011 alusta lukien. Tavoitteena on, että perustettava hallinnointiyksikkö keskitetysti kilpailuttaisi lääkärihelikopteritoiminnassa tarvittavan lentokaluston. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksianosta on laadittu hallinnointiyksikön käyttöön laatuksikirja lentotoiminnan kilpailuttamisen tausta-aineistoksi.

Momentin 3 kohdan mukaan erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen tehtävänä olisi yhteen sovittaa alueensa hoitolaitosten väliset suunnitellut potilassiirrot yhteistyössä alueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien kanssa siten, että olemassa olevaa kalustoa käytettäisiin mahdollisimman tehokkaasti. Nykyisin ongelmana on, että hoitolaitosten välisiä siirtoja ei suunnitella kokonaisuutena, jolloin olemassa olevaa kalustoa ei pystytä hyödyntämään esimerkiksi paluukuljetuksissa. Tavoitteena olisi, että ensihoitokeskus ja alueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymät keskenään sopisivat näiden tehtävien välittämisestä, jolloin käytettävissä olevat ambulanssit voitaisiin hyödyntää mahdollisimman hyvin. Jos kaikki alueen hoitolaitosten väliset potilas-

siirtopyynnöt käsiteltäisiin keskitetysti, erityisvastuualueen riittävä koko mahdollistaisi ympärivuorokautisen toiminnan.

Ennalta suunnitellut hoitolaitosten väliset potilaskuljetukset ovat terveydenhuollolle kuuluva tehtävä. Ne eivät kuitenkaan olisi osa ensihoitopalvelua, vaikka monella paikakunnalla jatkossakin käytetään osittain samaa kalustoa. Hätäkeskuksen tulee kuitenkin olla tietoinen hälytysalueella liikkuvien ambulanssien lukumääristä ja sijainnista muun muassa monipotilastilanteiden varalta. Potilassiirtoihin tarkoitettu kalusto ja henkilöstö toimisivat varakapasiteettina suuronnettomuustilanteissa.

Momentin 4 kohdan mukaan ensihoitokeskuksen tehtävänä olisi vastata myös sosiaali- ja terveystoimen viranomaisradioverkon aluepääkäyttötoiminnoista ja osaltaan viranomaisten kenttätietojärjestelmän ylläpidosta. Viranomaisradioverkko VIRVE on hätäkeskuksen ja sen hälyttämien viranomaisten käyttämä suojattu viestintäverkko. Kunkin viranomaisen tehtävä on hallinnoida sektorinsa VIRVE-toimintaa, myöntää toimijoille verkon käyttöoikeudet ja valvoa toimintaa. Käytännössä tästä toiminnasta vastaavat sektorin VIRVE pääkäyttäjät, jolla on tukenaan aluepääkäyttäjät.

Säännöksessä vakiinnutetaan sosiaali- ja terveystoimen VIRVE aluepääkäyttäjätöimintojen jatkuminen kiinteänä osana terveydenhuoltoa sijoittamalla aluepääkäyttäjät erityisvastuualueiden ensihoitokeskusten yhteyteen. Aikaisemmin sosiaali- ja terveystoimen VIRVE aluepääkäyttäjät toimivat lääninhallitusten yhteydessä, vuosina 2005 - 2009 he ovat olleet VIRVE verkkoa hallinnoivan sisäasiainministeriön alaisen Suomen Erillisverkot Oy:n palveluksessa. Sosiaali- ja terveystoimen aluepääkäyttäjät ovat siirtyneet vuonna 2010 yliopistollista sairaalaa ylläpitävien sairaanhoitopiirien palvelukseen ja tekevät työtä sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaisesti.

Hätäkeskuslaitoksen asettamassa hätäkeskustoiminnan ja – tietojärjestelmän kehittämishankkeen (TOTI) yhteydessä määritellään myös viranomaisten yhteiskäyttöön tuleva kenttäjohtamisjärjestelmä. Ensihoitokeskus vastaisi kenttäjohtamisjärjestelmän ylläpidosta ja siihen liitettävien toiminnalli-

suuksien yhteen sovittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon osalta.

Momentin 5 kohdan mukaan ensihoitokeskus sovitaisi yhteen Hätäkeskuslaitokselle annettavat terveystoimen hälytysohjeet. Hätäkeskustoimintaa ja Hätäkeskuslaitoksen hallintoa ja rakennetta uudistetaan parhailaan. Voimassa oleva hätäkeskuslaki (157/2000) on tarkoitus korvata Hätäkeskustoiminnasta annetulla lailla (HE 262/2009 vp). Hätäkeskustoimintaa koskevan hallituksen esityksen mukaan Hätäkeskuslaitoksen virka-alue olisi koko maa Ahvenanmaan maakuntaa lukuun ottamatta. Maa olisi jaettu seitsemään hätäkeskusalueeseen, jolloin alueellinen ohjeiden yhteensovittamistarve korostuu entisestään.

6 luku. Hoitoon pääsy

47 §. Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta.

Pykälän 1 momentin mukaan hoitopaikan valinnan mahdollisuuksia voidaan luoda myös julkiseen terveydenhuoltoon vaikka Suomessa perinteisesti onkin mielletty tällaisten vaihtoehtojen kuuluminen pelkästään yksityiseen hoitoon. Valinnan mahdollisuuden lisäämisen tavoitteena olisi varmistaa potilaiden mahdollisuudet saada hänen tarvitsemiaan palveluja hänelle sopivassa paikassa hänelle sopivaan aikaan. Lisääntyvä valinnan mahdollisuus voisi toimia myös palvelujärjestelmän uudistumisen käyttövoimana. Aktiivinen valinnan vapauden käyttö voisi parhaimmillaan johtaa asiakaslähtöisempiin palveluprosesseihin sekä palvelujen laadun ja turvallisuuden kehittymiseen. Myös järjestelmän tehokkuus ja vaikuttavuus voisi lisääntyä, jos valinnan mahdollisuus lyhentäisi potilasjonoja ja vähentäisi hoitoprosessin pilkkomista tarpeettoman moneen käyntiin tai hoitojaksoon. Valinnan mahdollisuus voisi myös lisätä asiakkaiden luottamusta julkisiin palveluihin. Hoitopaikan valinnan mahdollisuutta olisi tarkoitus lisätä asteittain, jotta julkinen sektori voisi varautua ja uudistaa toimintaansa kokemusten tuomalla tiedolla sekä virtaviivaistaa prosessejaan potilaan parhaaksi. Asteittainen valinnan mahdollisuuden lisääminen on osoittautunut kansainvälisestikin käytetyksi toimintamalliksi.

Terveydenhuollon kiireettömiä palveluja varten potilaalla olisi mahdollisuus valita kotikuntansa terveyskeskuksen terveysasema, josta hän saa tarvitsemansa perusterveydenhuollon palvelun. Terveyskeskus on määritelty kansanterveyslain (66/1982) 15 §:ssä. Samassa kansanterveyslain pykälässä todetaan, että terveyskeskuksen toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanotoille tai järjestää liikkuvien toimintayksiköiden avulla. Mikäli terveyskeskuksella on useampi sivutoimipiste, terveyskeskukset ovat käytännössä nimenneet ne terveysasemiksi. Terveysasema on käytössä vakiintunut käsite, jolla ymmärretään kunnallisen terveydenhuollon toimintayksikön terveyskeskuksen eri sivuvastaanottoja ja toimipisteitä kunnassa. Terveydenhuollon kiirettömän palvelu muodostuu hoidon tarpeen arvioinnista ja hoidosta mukaan lukien ennaltaehkäisevät toimet. Tutkimukset sisältyvät hoidon tarpeen arviointiin.

Jotta perusterveydenhuollossa pystyttäisiin vastamaan palvelujen kysyntään ja turvaamaan potilaan oikeudet, henkilön, joka haluaisi käyttää valinnan mahdollisuuttaan, olisi tehtävä sitä koskeva vapaamuotoinen kirjallinen ilmoitus. Mikäli henkilö haluaisi käyttää valinnan mahdollisuuttaan siten, että hän vaihtaisi terveysasemaa kuntansa sisällä, hänen tulisi tehdä valinnastaan ilmoitus sekä sen hetkisellemme että valitulle terveysasemalle. Hoitovastuu siirtyisi valitulle terveysasemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voisi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveysasemaan. Uuden valinnan voisi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta.

Valinnan mahdollisuutta käyttäessään henkilö voisi valita terveysaseman esimerkiksi sillä perusteella, että hänellä olisi mahdollisuus saada terveydenhuollon palveluita omalla äidinkielellään. Kunta voisi kuitenkin aina järjestää terveysasemiensa palvelut tarkoituksenmukaisesti valinnan mahdollisuudesta riippumatta siten kuin muualla laissa säädetään. Tämä saattaisi merkitä sitä, että valitessaan uuden terveysaseman potilas voisi saada suun terveydenhuollon palvelut muulta terveysasemalta siten kuin kunta olisi kyseiset palvelut alueellaan päättänyt järjestää. Kunnan asukkaiden saamien perusterveydenhuol-

lon palveluiden yhteensovittamisvastuu olisi kotikunnalla. Valinnan mahdollisuuden käyttäminen saattaisi merkitä sitä, että potilaat jakautuisivat epätasaisesti kunnan eri terveysasemien välillä. Eri syistä toinen terveysasema saattaisi olla vetovoimaisempi kuin toinen. Potilaan hoitoon pääsy kiireettömän hoidon osalta tulisi toteutua 50 §:ssä säädettyyn tavoin. Sen jälkeen kun potilas olisi tehnyt hoitopaikkaa koskevan valintansa, olisi lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävä hoidon tarpeen arvio ja tämän perusteella potilaan yksilöllinen hoitosuunnitelma.

Pykälän 2 momentin mukaan tarve hakeutua tutkimukseen tai hoitoon kotikunnan ulkopuolelle voisi syntyä myös esimerkiksi opiskelun, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen, hoidon ja huolenpidon tai henkilön vapaa-ajan asumisen tai oleskelun aikana. Henkilö voisi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen muun kuin oman kuntansa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen muuttumatta. Henkilön olisi tehtävä ilmoitus valinnastaan, kuten 1 momentissa säädetäisiin. Momentti vastaa osittain kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 6 kohdan muutosta (626/2007), jolla lisättiin opiskelijoiden valinnan mahdollisuutta siten, että terveyskeskusta ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymän tulee ylläpitää kunnan alueella sijaitsevien asetuksessa säädettyä koulutusta järjestävien oppilaitosten opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta opiskeluterveydenhuoltoa. Opiskeluterveydenhuolto koskee opiskelijan kiireetöntä hoitoa, mutta esimerkiksi opiskelijan alaikäiset lapset eivät saisi kiireettömiä palveluja vanhemman opiskelupaikkakunnalla. Työterveyshuollonkin kattavuus vaihtelee, eikä se kata läheskään aina sairaanhoitoa. Jos henkilö työskentelisi tai hänen työpaikkansa olisi muualla kuin kuntansa alueella, olisi hänellä oikeus saada tarpeellisia kiireettömiä palveluja myös toisen kunnan terveyskeskuksessa momentissa lausutuun edellytyksin.

Momentissa tarkoitetuissa tilanteissa potilaan kotikunnan terveyskeskuksessa laadittu hoitosuunnitelma olisi pohjana potilaan tutkimukselle ja hoidolle. Hoitosuunnitelman mukaisesti potilas voisi käydä esimerkiksi

laboratoriokokeissa. Mikäli tällaista suunnitelmaa ei olisi potilaalle laadittu, suunnitelma voitaisiin laatia hoidon tarkoituksenmukaisen toteuttamisen vuoksi poikkeuksellisesti myös muussa terveyskeskuksessa. Tällainen tilanne voisi syntyä esimerkiksi silloin, kun henkilöllä diagnostisoitaisiin diabetes ja sairauden hyvän hoidon suunnitelmallisuus ja seuranta saattaisivat edellyttää hoitosuunnitelman laatimista muualla kuin henkilön kotikunnan terveyskeskuksessa. Hoitosuunnitelmassa olisi yksilöity potilaan tarpeen mukaiset tutkimukset ja hoidot.

Työelämän ja asumisen monimuotoisuus saattaisi merkitä sitä, että henkilö oleskelisi muulla kuin kotipaikkakunnallaan säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti. Säännönmukaisuudella tarkoitettaisiin tässä ajallisesti tiedettävää tai ennakoitavaa ja toistuvaa, ja pitempiaikaisella ainakin useita viikkoja kestävää yhtäjaksoista oleskelua. Viimeksi mainittu tilanne saattaisi olla esimerkiksi silloin, kun henkilön työkohteet ovat eri puolilla maata ja työtä tehdään vaihtelevan pituisina ajanjaksoina yksittäisissä työkohteissa. Henkilön olisi 2 momentissa mainitussa tilanteessa tehtävä 1 momentissa tarkoitetut ilmoitukset. Lähimaisella tai muulla läheisellä tarkoitettaisiin tässä samoja henkilöitä, kuin potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992); henkilöä, joka on suoraan takenevassa tai etenevässä polvessa, sisarusia, avio- tai avopuolisoa, rekisteröidyn parisuhteen osapuolta taikka läheistä ystävää.

Myös potilaslain 6 §:n säännös potilaan itsemääräämisoikeudesta tukee potilaan valinnan mahdollisuuden lisäämistä. Potilaslain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Pykälän 3 momentin mukaan, kun lääkäri tai hammaslääkäri olisi arvioinut, että potilaalla on erikoissairaanhoidon kiireettömän palvelun tarve, potilaalla olisi yhdessä hoitavan lääkärin kanssa mahdollisuus valita se kunnallinen terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa tutkimus tai/ja hoito toteutettaisiin. Valinnan mahdollisuuden käyttäminen nimienomaisesti erityisvastuualueella olisi sekä potilaan edun mukaista että tarkoituksenmukaista ottaen huomioon mitä 43 §:ssä ehdotetaan erikoissairaanhoidon järjestämissopi-

muksesta. Valintaoikeus ei voisi kohdistus yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) tarkoitettuun palveluntuotajaan.

Muualla terveydenhuollon lainsäädännössä on säännöksiä, jotka rajoittavat potilaan mahdollisuutta valita hoitopaikkansa. Esimerkiksi mielenterveyslaissa (1116/1990), päihdehuoltolaissa (41/1986), tartuntatautilaissa (583/1986) ja kehitysvammaisten erityishuoltoa koskevassa laissa (519/77) on säännöksiä tahdosta riippumattomasta hoidosta sekä tartuntatautilaissa lisäksi toimista tartuntatautien torjumiseksi. Kun potilasta hoidetaan hänen tahdostaan riippumatta, potilaan oma tahto sivuutetaan joko osittain tai kokonaan. Tällöin lääkäri päättää sekä potilaan tutkimuksesta ja hoidosta että potilaan hoitopaikasta, jotta potilas saisi tarvitsemansa hoidon lääketieteellisesti arvioiden parhaassa mahdollisessa hoitopaikassa.

Mikäli perusterveydenhuoltoon sisältyisi myös erikoislääkäritoimintaa, lähetteen antamiseen sovellettaisiin mitä perusterveydenhuollon lähetteen antamisesta on lausuttu momentissa. Lääkäri arvioisi, missä hoitoa voitaisiin antaa ja esittäisi potilaalle hoitopaikkaa koskevat vaihtoehdot. Hoitopaikkaa valittaessa tulisi kuitenkin varmistaa, että vastaanottava terveydenhuollon toimintayksikkö voisi toteuttaa hoidon säädetyissä enimmäisajoissa. Erikoissairaanhoitoon lähettämiseksi noudatettaisiin yhtenäisiä kiireettömän hoidon kriteerejä ja kiireellisyysluokitusta silloin, kun niitä on olemassa riippumatta siitä, minkä kunnan asukas on kyseessä. Potilas kotiutettaisiin hoitavasta sairaalasta kotiin, kotikunnan terveyskeskukseen taikka potilaan oman sairaanhoitopiirin sairaalaan. Erikoissairaanhoidon toimintayksiköt noudattaisivat samoja käytäntöjä kaikille potilaille riippumatta heidän kotikunnastaan. Toisen sairaanhoitopiirin alueelta tulevia potilaita tulisi kohdella yhdenvertaisesti oman sairaanhoitopiirin alueelta tulevien potilaiden kanssa. Vastaanottava toimintayksikkö voisi kieltäytyä vastaanottamasta potilasta sellaisissa tapauksissa, kun yksikkö ei kykene tarjoamaan potilaan terveydentilan edellyttämää palvelua lääketieteellisin perustein riittävän ajoissa taikka yksikkö ei ylipäättään tuota tarvittavaa palvelua. Mikäli potilas

haluaisi siitä huolimatta, että toimintayksikkö ei voisi noudattaa hoitotakuuta koskevia aikoja, käyttää valinnan mahdollisuuttaan ja valita yksikön, potilaan kohdalla alkaisi kuulua uusi tämän lain mukainen 51 §:ssä säädetty aika.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 2 §:n 3 momentin mukaan potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon, ja 4 momentin mukaan potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä. Kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja suomen tai ruotsin kielellä säädetään tämän lain 6 §:ssä. Erikoissairaanhoidon palveluissa saattaisi tulla tilanteita, jolloin potilaan hoito kielellisistä syistä voisi olla tarkoituksenmukaisinta muualla kuin 4 momentissa tarkoitettulla alueella. Esimerkiksi Vaasan sairaanhoitopiirillä on perinteisesti ollut vahva yhteys HYKS-sairaanhoitoalueeseen. Vaasan sairaanhoitopiirin on kaksikielinen sairaanhoitopiiri, jossa enemmistökielenä on ruotsi. Sairaalassa toimii vähemmistökielen lautakunta, joka siis on suomenkielinen. Kielellisistä syistä Vaasan sairaanhoitopiiri on käyttänyt perinteisesti Helsingin yliopistollisen sairaalan palveluita. Ruotsinkielisen potilaan tarvitessa yliopistosairaalan tutkimuksia, on hänellä ollut tosiasiallisesti mahdollisuus valita hoitopaikakseen joko Tampereelle tai Helsinkiin. Helsingin yliopisto on vastannut ruotsinkielisestä lääkärinkoulutuksesta. Tämän takia Vaasan sairaanhoitopiiri on ollut edustettuna Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan alueellisessa neuvottelukunnassa. Yhteistyötä on tehty myös siten, että Vaasan sairaanhoitopiiri on lahjoittanut Helsingin yliopistolle ruotsinkielisen psykiatrian professorin ja kaksi kliinistä opettajan virkaa. Pohjanmaalla on perinteisesti kulttuuriyhteydet osittain kielellisistä syistä Varsinais-Suomeen ja ruotsinkieliseen etelärannikkoon ja siten Helsingin seudulle.

Pykälän 4 momentti koskee tilanteita, joissa henkilöllä saattaisi syntyä tarve käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen erikoissairaanhoidon toteuttamiseen muun kuin kuntansa sairaanhoitopiirin kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön palveluja. Tällainen tarve saataisi syntyä esimerkiksi tilanteissa, jossa henkilö käy dialyysihoidossa. Momentissa mainituissa tilanteissa hoidon kokonaisuuden hoitovastuu ei siirtyisi sille kunnalliselle erikoissairaanhoidon toimintayksikölle, jolta yksittäinen palvelu saataisiin, vaan se säilyisi potilaan omassa erikoissairaanhoidosta vastaavassa toimintayksikössä. Hoitopaikka olisi valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Tämä olisi välttämätöntä, jotta potilaan hyvä ja tarpeenmukainen hoito pystyttäisiin toteuttamaan toimintayksikössä.

Pykälän 5 momentin säännös vastaisi voimassa olevan erikoissairaanhoitolain 30 § 3 momenttia, jonka mukaan sairaanhoitopiirin alueella olevien korkeakoulujen sekä muiden oppilaitosten opiskelijoille annetaan sinä aikana, jonka he opiskelun vuoksi joutuvat oleskelemaan vieraan sairaanhoitopiirin alueella, sairaanhoitoa tämän sairaanhoitopiirin kuntainliiton sairaalassa tai muussa toimintayksikössä. Sama koskee henkilöitä, jotka työnsä vuoksi joutuvat oleskelemaan vieraalla paikkakunnalla tai kun muu seikka välttämättä vaatii sairaanhoidon antamista vieraassa sairaanhoitopiirissä. Jotta edellä mainittujen henkilöiden mahdollisuutta päästä tarkoituksenmukaisesti erikoissairaanhoitoon ei kaventuisi, mahdollistettaisiin edelleen mainittu käytäntö jatkossakin. Momentissa muutokset voimassaolevaan 30 § 3 momentin verrattuna olisivat kirjoitusmuodon muuttaminen monikosta yksikköön ja sairaanhoitopiirin alueen korvaaminen erityisvastuualueella.

48 §. *Laajennettu kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta.* Pykälän 1 momentin mukaan tavoitteena on, että hoitopaikan valinnan vapautta lisättäisiin edelleen vuoden 2014 alusta lukien koko maata koskevaksi. Tähän valmistautumiseksi olisi kerättävä ja arvioitava ensimmäisen vaiheen laajennuksesta saadut kokemukset. Seuraavassa vaiheessa henkilön mahdollisuus valita hoito-

paikkansa laajentuisi siten, että terveydenhuollon kiireettömiä palveluja varten potilaalla olisi mahdollisuus valita terveyskeskus ja terveysasema sekä erikoissairaanhoidon kunnallinen toimintayksikkö, josta hän saisi tarvitsemansa palvelun. Valinnan mahdollisuuden portaittainen eteneminen on kansainvälisestikin käytetty tapa toimia. Edellisen lisäksi useat muutkin seikat tukevat portaittaista etenemistä. Uusien valinnan mahdollisuuksien toimivuutta ja potilaille tuottamaa hyötyä tulisi voida seurata ja arvioida. Erikoissairaanhoidon osalta valinnan mahdollisuuden käytön seuranta voisi tapahtua hoitoilmoitusjärjestelmän tietoja käyttäen. Perusterveydenhuollon osalta vastaavan järjestelmän rakentaminen on vireillä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa. Avainasemassa ennen järjestelmän valmistumista on kuntien oma tiedonkeruu. Valinnan mahdollisuuden käyttöön liittyvä tiedonkulku, potilasasiakirjojen käyttö, palvelun käytön laskutus, käytön seuranta ja arviointi helpottuvat merkittävästi, kun lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) liittyvät toiminnot ja järjestelmät ovat käytössä. Edellä mainittuun asiakastietolakiin ollaan laatimassa siirtymäsäännöksen muutosta. Velvollisuus liittyä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi, siirtyisi julkisen sektorin osalta vuoteen 2014. Lakimuutosta koskeva hallituksen esitys on tarkoitus antaa kevädistuntokaudella 2010. Muutoksen on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2011 alusta lukien. Valinnan mahdollisuuden laajentuessa vuonna 2014 olisivat sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluiden tuotteistus ja siihen liittyvä hinnoittelu valmis.

Yksi asteittaista laajentamista puoltava seikka liittyy matkakulujen korvaamiseen. Sairaushoidon vuoksi aiheutuneiden tarpeellisten matkakustannusten korvaamisesta säädetään sairausvakuutuslaissa (1224/2004). Matkakustannusten korvaamisen tavoitteena on se, että vakuutetuilla on yhtäläinen oikeus saada hoitoa tai tutkimusta asuinpaikasta riippumatta. Voimassa olevan sairausvakuutuslain perusteella matkakustannukset korvataan yleensä sellaiseen lähimpään tutkimus- ja hoitopaikkaan, jossa vakuutettu voi saada hänen terveydentilansa vaarantumatta tar-

peellista tutkimusta ja hoitoa. Lähimpänä hoitopaikkana pidetään pääsääntöisesti oman kunnan terveyskeskusta tai sairaanhoitopiirin sairaalaa. Korvauskäytännön mukaan matkat julkisen terveydenhuollon järjestämään terveydenhuoltoon on korvattu kuitenkin sinne, missä hoito annetaan. Ulkomailla tai ulkomaille tehdyn matkan aiheuttamia kustannuksia ei ole tähän mennessä korvattu sairausvakuutuslain perusteella rajaseudulla tehtyjen matkojen kustannuksia lukuun ottamatta. Uusitun EU:n sosiaaliturva-asetuksessa (EY) N:o 883/2004 ja sen täytäntöönpanoasetuksessa EY N:o 987/2009 vakuutetun oikeutta hakeutua ennakkoluvalla toiseen EU-valtioon on vahvistettu. Luvan myöntäjän on korvattava matka- ja oleskelukustannukset ennakkoluvallisissa hoitoon hakeutumistilanteissa, jos vastaavia säännöksiä on toimivaltaisen laitoksen soveltamassa lainsäädännössä. Kansaneläkelaitos korvaa 1.5.2010 lähtien asetuksen mukaisissa ennakkoluvallisissa hoitoon hakeutumistilanteissa myös ulkomailla tai ulkomaille tehdyn matkan. Matkakorvausjärjestelmän muutostarpeiden arviointi on kesken ja arvioinnissa olisi otettava huomioon EY-tuomioistuimen oikeuskäytäntö ja valmisteilla olevan potilasdirektiivin asettamat vaatimukset. EY-tuomioistuimen oikeuskäytännön ja tulevan potilasdirektiivin perusteella on todennäköistä, ettei jatkossa voitaisi tehdä eroa rajojen sisäpuolella ja rajat ylittävän matkan kustannusten korvaamisessa. Sairaushoidon vuoksi tehty matka tulisi siten korvata yhtenäisin perustein riippumatta siitä, onko hoito annettu kotimaassa vai ulkomailla. Matkakorvausjärjestelmän muutosten lähtökohtana tulee olla, etteivät matkakorvauskustannukset kasva olennaisesti potilaan valinnanvapauden lisääntymisen johdosta.

Edellä selvitetty puoltaa vahvasti sitä, että henkilön mahdollisuutta valita terveyskeskus ja terveysasema sekä kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikkö koskeva 47 § tulisi voimaan vuonna 2014.

Mikäli henkilö haluaisi käyttää valinnan mahdollisuuttaan siten, että henkilö vaihtaisi perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja mahdollisesti myös terveyskeskuksen terveysaseman palvelujen saamiseksi, hänen olisi tehtävä valintaansa koskeva

ilmoitus sekä kuntansa terveyskeskukselle että valitsemalleen terveyskeskukselle. Hoitovastuu siirtyisi valitun kunnan terveyskeskukselle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Ilmoitus olisi tärkeä, jotta vastaanottava terveyskeskus voisi ryhtyä mahdollisiin tarvittaviin toimiin potilaan hyvän hoidon varmistamiseksi. Ilmoitus olisi tarpeen myös potilasta koskevien potilasasiakirjoihin sisältyvän tiedon siirtymiseksi potilaan suostumuksen mukaisesti. Esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas käyttäisi valinnan mahdollisuuttaan ja hakeutuisi suun terveydenhuollon palveluihin toisen kunnan terveyskeskukseen, merkitsi se siirtymistä myös muiden peruspalveluiden osalta valittuun terveyskeskukseen. Kunnan perusterveydenhuollon olisi vastattava lain 8 §:n 2 momentin mukaisesti potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta. Ilmoitusvelvollisuus ei koskisi kotikuntalaissa (201/1994) tarkoitettua kotikunnan muuttamista. Valinnan mahdollisuus ei koskisi lain 24 §:ssä tarkoitettua pitkäaikaista laitoshoidoa. Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotihoito, joka sisältää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun. Kotipalvelusta säädetään sosiaalihuoltolaissa (710/1982) ja -asetuksessa (607/1983). Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä asiakkaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Hoito tapahtuu terveydenhuollon ammattihenkilön valvonnassa. Kotisairaala-toiminta on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa, mikä jäisi valinnan mahdollisuuden ulkopuolelle. Kunnalla ei olisi velvollisuutta järjestää tämän lain 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoidoa oman alueensa ulkopuolelle.

Pitkäaikainen laitoshoido ei kuuluisi valinnan mahdollisuuden piiriin. Valmisteilla on kotikuntalain (201/1994) ja sosiaalihuoltolain (710/1982) muutos, jolla pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalle henkilölle luotaisiin mahdollisuus siirtyä tietyin edellytyksin toisen kunnan järjestämien palvelujen piiriin. Näitä lakimuutoksia koskeva hallituksen esitys on tarkoitettu antaa keväätistuntokaudella 2010. Muutosten on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2011 alusta lukien.

Perusopetuslain (628/1998) 31 a §:n mukaan oppilaalla on oikeus saada maksutta opetukseen osallistumisen edellyttämä tarvittava oppilashuolto, jolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Oppilashuoltoon sisältyvät opetuksen järjestäjän hyväksymän opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto sekä oppilashuollon palvelut, joita ovat tämän lain 16 §:ssä tarkoitettu kouluterveydenhuolto sekä lastensuojelulaissa (417/2007) tarkoitettu koulunkäynnin tukeminen. Lapsen ja nuoren edun mukaista olisi koulunkäynnin fyysisen paikan ja oppilashuollon muodostama kokonaisuus siten, ettei kouluterveydenhuolto eriytyisi valinnan mahdollisuuden kautta oppilashuollon kokonaisuudesta.

Opiskeluterveydenhuolto olisi tämän lain kielikohdan 17 §:n mukaisesti kokonaisuus, joka on osa ammatillisesta koulutuksesta annetun lain (630/1998) 37a §:n ja lukiolain (629/1998) 29a §:n mukaista oppilashuoltoa. Kouluterveydenhuollon tavoin opiskeluterveydenhuolto on kokonaisuus, joka olisi opiskelijan edun mukaista pitää yhtenä kokonaisuutena.

Vastaavasti valinta ei koskisi potilaalle muun lain nojalla annettavaa tahdon vastaista hoitoa edellä selvitettyin perustein.

Pykälän 2 momentti. Edellä 46 §:n 4 momentissa selvitetty erikoissairaanhoidon kiireetöntä hoitoa koskeva valinnan mahdollisuus laajentuisi koskemaan vuonna 2014 koko maata. Lääkäri tai hammaslääkäri arvioisi erikoissairaanhoidon kiireettömän palvelun tarpeen, ja mikäli tarve on olemassa, potilaalla olisi yhdessä hoitavan lääkärin kanssa mahdollisuus valita se kunnallinen terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa tutkimus tai hoito toteutettaisiin. Valintaoikeus ei voisi kohdistua yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) tarkoitettuun palveluntuottajaan.

49 §. Muu valinnan mahdollisuus. Pykälän 1 momentin mukaan potilaan olisi voitava vaihtaa lääkäri, sairaanhoitaja tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö, jos hoitosuhde hänelle osoitettuun tai hänen itsensä valitsemaan henkilöön ei toimi. Erikoissai-

raanhoidossa on jo nykyisessäkin laissa säännösten toteutettu potilaan valinnanmahdollisuus (33 § 2 momentti). Potilaalla olisi mahdollisuus valita häntä hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö, jos se olisi toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa mahdollista. Potilaan jatkohoito on toteutettava siten, että hänet ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin hoitoon, aina kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista. Kun potilas on lähetetty erikoissairaanhoidon, lähetteen on tehnyt lääkäri, ja potilas tulisi ohjata jatkohoitoon lähetteen tehneelle lääkärille. Siinä tapauksessa, että potilas olisi mennyt kiireellisen hoidon tarpeen vuoksi perusterveydenhuollon päivystykseen sairaanhoitajan seurannassa olevan sairauden vuoksi, on sairautentilassa tapahtunut sellainen muutos, ettei sairaanhoitaja voisi ottaa vastuuta jatkohoidosta itsenäisesti. Mikäli perusterveydenhuollon sairaanhoitajan seurannassa oleva potilas olisi mennyt muun vaivansa vuoksi päivystysvastaanoton kautta sairaalaan, häntä ei voida ohjata jatkohoitoon suoraan sairaanhoitajan luokse hänen uuden sairautensa vuoksi. Sellaisessa tilanteessa, jossa erikoissairaanhoidosta potilas ohjataan suoraan kotisairaanhoidon tukemana kotiin niin, että hoito erikoissairaanhoidossa jatkuu, ei ole kyse jatkohoidosta. Silloin, kun potilas olisi käynyt hoitajavastaanotolla, voisi hän tulla uudelleen hoitajan vastaanotolle seurantaikäynnille. Tilanteessa, jossa terveydenhoitaja olisi lähettänyt raskaana olevan naisen äitiyspoliklinikalle, palaisi raskaana oleva nainen seurantaan äitiysneuvollaan. Potilaan hyvän hoidon toteutuminen saattaisi edellyttää organisaation omien hoito-ohjeiden mukaisesti, että myös sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja saisi käyttöönsä epikriisin potilaan suostumuksen mukaisesti. Esitys on sopuinnussa terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjaon ja tehtäväkuvien uudistamista koskevan lainsäädännön ja terveydenhuollossa olevien käytäntöjen kanssa. Työnjaon uudistamiseen perustuvat hoitajavastaanotot ovat osa terveyskeskuksen ja sairaalan poliklinikan moniammatillisen tiimityötä. Tarvittaessa ja potilaan niin halutessa potilas pääsee aina lääkärin vastaanotolle. Perustervey-

denhuollossa on otettu käyttöön hoitajavastaanottoja terveyskeskuksen ajanvaraus- ja päivystysvastaanotolla sekä hoitajan laajennettuja tehtäväkuvia kotihoidossa ja äitiys- ja perhesuunnitteluneuvolassa. Erikoissairaanhoidossa on käynnistetty hoitajavastaanottoja noin 20 potilasryhmän seurannassa ja hoidossa lääketieteen eri erikoisalojen poliklinikoilla.

50 §. Kiireellinen hoito. Pykälän 1 momentin mukaan jokaiselle kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hoitoa, riippumatta siitä, missä hän asuu tai minkä maan kansalainen hän on. Kunnan tai sairaanhoitopiirin tulee järjestää kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki. Kiireelliseen hoitoon otettu potilas voidaan siirtää kotikunnan mukaiseen jatkohoitopaikkaan, kun potilasturvallisuus ja vastaanottavan yksikön mahdollisuus järjestää tarpeellinen hoito on varmistettu.

Pykälän 2 momentin mukaan päivystys tulee järjestää siten, että kiireellinen hoito on mahdollista antaa. Päivystyspisteistä ja niiden työnjaosta tulee sopia tämän lain 34 §:n tarkoittamassa alueellisessa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa tai 43 §:n tarkoittamassa erikoissairaanhoidon järjestämissuunnitelmassa.

Pykälän 3 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voi tarvittaessa antaa asetuksen kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohteisista edellytyksistä.

51 §. Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy. Säännös vastaa pääosin kansanterveyslain 15 b §:n säännöstä. Säännös tuli voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005. Säännöksen perusteluina viitataan ns. hoitotakuusäännöksiä koskevaan hallituksen esitykseen HE 77/2004 vp. Perusterveydenhuollon toiminta painottuu kroonisten sairauksien hoitoon ja ehkäisevään perusterveydenhuoltoon. Hoitoon pääsyä turvaavat säännökset soveltuvat myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden lääketieteellisesti perusteltuun seurantaan ja hoitoon sekä hoidon jatkuvuutta varmistaviin hoitosuhteisiin. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen ensisijainen tavoite on, että potilas pääsee hoitoon mahdollisimman

nopeasti ja saa mahdollisimman hyvää hoitoa riippumatta hänen varallisuudestaan tai asuinpaikastaan. Hoitoon pääsy enimmäisajoissa koskisi edelleen kiireettömiä hoitoja. Kiireellisestä hoidosta säädetään erikseen 50 §:ssä.

52 §. *Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy.* Säännös vastaa pääosin erikoissairaanhoitolain 31 §:n säännöstä. Hoidon tarpeen arvioinnissa pitää selvittää potilaan terveydentilan edellyttämä yksilöllinen hoidon tarve. Yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi pitää aloittaa kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Pelkkä ilmoitus lähetteen vastaanottamisesta ei ole riittävä toimenpide hoidon tarpeen arvioinnin aloittamiseksi. Lähetteen perusteella pitää tehdä potilaan tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva yksilöllinen suunnitelma. Potilaan terveydentilan ja hoidon tarpeen selvittämiseksi suunnitelman pitää sisältää tieto, mitä tutkimuksia hänelle tehdään ja milloin hän pääsee tutkimukseen, poliklinikkakäynnille ja hoitoon. Tutkimus- ja poliklinikkajonoihin ohjaaminen ei täytä potilaan yksilöllistä hoidon tarpeen arviointia. Pitkät odotusajat tutkimuksiin ja poliklinikalle merkitsevät sitä, että jonottavien potilaiden hoidon tarvetta ei pystytä selvittämään potilaalle koituvan hyödyn mukaisesti kohtuullisessa ajassa, jolloin hoidon kohdentaminen tarpeen perusteella viivästyy. Toiminnan pitää olla oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään nähden.

Säännöstä esitetään täsmennettäväksi siten, että jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia tulee arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteuttaa kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Ongelmia on paikoin jonkin verran ollut sairaaloiden poliklinikoille pääsyssä, missä pisimmät jonotusajat ensimmäiselle käynnille saattavat olla jopa useiden kuukausien mittaisia. Stakesin selvityksen mukaan joulukuun 2007 lopussa kolme prosenttia niistä potilaista, jotka oli lähetetty erikoissairaanhoitoon eikä kiireellisellä lähetteellä, oli odottanut ensimmäistä lääkärikäyntiä yli kolme kuukautta. Jos tarvittavat tutkimukset on tehty jo lä-

hipalveluna ja lähetteen perusteella voidaan tehdä hoidon tarpeen arviointi, niin hoito on järjestettävä kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut ja sen perusteella on ollut mahdollista tehdä hoidon tarpeen arviointi.

53 §. *Hoitoon pääsy lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa.* Pykälän 1 momentissa on sisällöltään vastaava säännös lasten ja nuorten hoitoon pääsystä mielenterveyspalveluihin kuin oli kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. Säännösten sisältö on siirretty tähän lakiin ja niistä on muodostettu oma säännös. Samalla tavalla kuin tämän lain 52 §:n perusteluissa on todettu, hoidon tarpeen arvioinnissa pitää selvittää potilaan terveydentilan edellyttämä yksilöllinen hoidon tarve. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta eikä pelkkä ilmoitus ole riittävä toimenpide hoidon tarpeen arvioinnin aloittamiseksi. Potilaalle tulisi tehdä hänen tutkimustaan, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta varten yksilöllinen suunnitelma. Myös lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa on ollut pitkiä odotusaikoja poliklinikkakäynneille ja tutkimuksiin eikä jonottavien potilaiden hoidon tarvetta ole pystytty selvittämään kohtuullisessa ajassa. Tämän vuoksi myös lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen saataavuuden parantaminen edellyttää, että säännöstä täsmennettäisiin siten, että jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Pykälän 2 momentissa säädetään, että hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito olisi järjestettävä alle 23 vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Sairaanhoitopiirien nuorisopsykiatriasta vastaavat ylilääkärit ovat suositaneet yksimielisesti sitä, että hoidon tarpeessa olevan alle 23-vuotiaan pitäisi päästä psykiatriseen erikoissairaanhoitoon kolmen kuukauden kuluessa hoitopäätöksestä riippumatta asuinpaikasta (sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 308/2008). Myös valvontaviranomaiset ovat

havainneet, että nuorten mielenterveyspalveluissa ikärajat vaihtelevat alueellisesti ja yksikkökohtaisesti 12 - 23 ikävuoden välillä. Valvonnan kannalta on ollut ongelmallista, että nuorisopsykiatristen potilaiden ikään perustuva määrittely on ollut alueellisten palveluntuottajien omien päätösten varassa. Ikäraja koskisi kaikkea erikoissairaanhoidon eli sekä osastoilla tapahtuvaa hoitoa että avohoittoa. Valtakunnallisesti yhtenäisen ikärajan puute on asettanut psykiatrista hoitoa tarvitsevat nuoret eriarvoiseen asemaan eri puolilla Suomea. Tämä johtuu siitä, että psykiatriseen erikoissairaanhoidon pääsevien nuorten ikärajat vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin. Pahimmassa tapauksessa tämä tarkoittaa sitä, että varsinkin aikuistumassa olevat 18 - 22-vuotiaat nuoret on helposti todettu kuuluvan sellaisten psykiatristen palvelujen, jossa hoitoon pääsy on kuudessa kuukaudessa hoitopäätöksestä. Yhtenäisen ikärajan määrittely laissa mahdollistaisi asianmukaisen ja potilaiden ja palveluntuottajien kannalta yhdenvertaisen käytännön. Vaikka täysi-ikäisyys saavutetaankin 18-vuotiaana, niin nuorten psyykkinen kehitys on vielä herkässä vaiheessa. Esimerkiksi täysi-ikäiseksi tuleminen, lapsuuden kodista irrottautuminen, opiskelu, työnhaku tai muut muutokset voivat vaikeuttaa elämän hallintaa ja aiheuttaa nuoren elämässä myös psyykkisiä ongelmia. Mahdollisimman varhainen pääsy hoidon ja palvelujen piiriin voisi auttaa nuoria ja ehkäistä vaikeampien mielenterveyden sairauksien syntymistä.

54 §. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvollisuus hankkia palveluja muualta. Jos kunta tai sairaanhoitopiiri eivät pysty itse antamaan hoitoa 51–53 §:ssä säädettyissä enimmäisajoissa, niin niiden on hankittava hoito muualta. Hankinnan on tapahduttava säädettyjen enimmäisaikojen sisällä ja potilaalle aiheutuvan asiakasmaksun muuttumatta.

55 §. Odotusaikojen julkaiseminen. Terveyspalvelujärjestelmän on oltava läpinäkyvä niin, että kuntalainen saa luotettavaa tietoa omien palvelujensa toimivuudesta. Tällainen tieto lisää myös palvelujen järjestäjien ja tuottajien kykyä havaita mahdolliset ongelmat ajoissa ja kehittää palveluja. Yleisin ilmoituskanava on internet. Huhtikuussa 2008

jo 73 prosenttia ilmoitti julkaisevansa odotusajat lain edellyttämällä tavalla, tulos sisältyy Stakesin selvitykseen hoitoon pääsyn toteutumisesta perusterveydenhuollossa.

Pykälässä säädetään, että tiedot olisi julkaistava internetissä, mutta sen lisäksi olisi mahdollisuus julkaista tiedot myös muutoin, esimerkiksi sanomalehdessä, ilmoitustaululla ja niin edelleen. Internetin käyttö on edelleen lisääntymässä, joten sähköiseen odotusaikojen ilmoittamiseen alkaisi olla entistä paremmat edellytykset koko maan alueella. Odotusaikoja koskevat tiedot olisi julkaistava erikseen kustakin toimintayksiköstä.

56 §. Ennakkolupa hoitoon hakeutumiseen EU- ja ETA-alueella tai Sveitsiin. Pykälässä säädetään tilanteista, joissa potilas pyytää ennakkolupaa saadakseen hakeutua hoitoon EU- tai ETA-valtioon tai Sveitsiin. Säännös vastaa voimassa olevaa erikoissairaanhoidon lain 31 a §:ää. Pykälän 1 momentin mukaan sairaanhoitopiiriin on potilaan pyynnöstä annettava hänelle lupa hakeutua hoitoon EU- tai ETA-jäsenvaltioon tai Sveitsiin, jos hoitoa ei voi järjestää Suomessa hoitoon pääsystä säädettyissä enimmäisajoissa. Lupa olisi myönnettävä, jos kyseessä on lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu hoito, jota Suomessa pidetään hyväksytynä hoitomuotona. Lupaa ei tarvitsisi myöntää, jos hoito olisi annettavissa Suomessa hoitoon pääsystä säädettyjen enimmäisaikojen puitteissa.

Euroopan unionin tuomioistuin on oikeuskäytännössään vahvistanut, että tavaroiden ja palvelujen vapaan liikkuvuuden periaate ulottuu myös sosiaaliturvajärjestelmistä korvattaviin terveyspalveluihin. Tuomioistuin on ratkaisuissaan käsitellyt sairaalahoidon ja palvelujen suhdetta ja todennut vakiintuneeseen oikeuskäytäntöön viitaten, että sairaanhoitopalvelut kuuluvat palvelujen tarjoamisen vapauden piiriin, eikä ole syytä tehdä eroa sen mukaan, onko kysymyksessä sairaalassa tai sen ulkopuolella annettava hoito. Tuomioistuin on myös käsitellyt ennakkoluvan vaatimista hoidon edellytyksenä ja todennut, että ennakkoluvan vaatiminen ei ole välttämättä unionin oikeuden vastaista. Luvan vaatimisen edellytyksenä on oltava perusteltuja pakottavia syitä. Tällaisiksi syiksi on kirjattu sosiaaliturvajärjestelmän taloudel-

lisen tasapainon vakava järkkäminen, riittävän monipuolisten ja kaikkien saatavilla olevien sairaanhoito- ja sairaalapalvelujen turvaaminen, tietyn hoitokapasiteetin tai lääketieteellisen pätevyyden ylläpitäminen kansanterveydellisistä syistä tai paikallisen väestön eloonjäämisen kannalta. Syiden on täytettävä suhteellisuuden vaatimukset, eli sääntelyllä ei saa ylittää sitä, mikä on objektiivisesti tarpeen tavoitteen saavuttamiseksi. Lisäedellytyksenä on, että tavoitetta ei olisi voitu saavuttaa vähemmän rajoittavilla säännöillä.

Jos luvan myöntämien edellyttää, että hoitoa pidetään lääketieteellisesti tavanomaisena, lupa voidaan evätä tällä perusteella vain kansainvälisessä lääketieteessä osoitetun näytön perusteella. Käytännössä siis yhden valtion ammattikunnan käsitys jonkin hoidon tavanomaisuudesta ei ole ratkaiseva, vaan ratkaisun tulee perustua kansainväliseen lääketieteeseen. Edelleen tuomioistuin on todennut, että jos hoidolle ei ole lääketieteellistä tarvetta, lupa voidaan evätä tällä perusteella vain, jos potilas voi saada ajoissa samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa sellaisessa laitoksessa, joka on tehnyt sopimuksen sen sairausvakuutuskassan kanssa, johon vakuutettu kuuluu.

Pykälän 2 momentissa säädetään muutoksenhausta ennakkolupaa koskevaan ratkaisuun. EU-tuomioistuin edellyttää myös, että ennakkolupaa koskevaan päätökseen tulee voida hakea muutosta. Muutosta haetaan hallinto-oikeudesta hallintolainkäyttölain (586/1996) säännösten mukaisesti.

Perustamissopimuksen ja yhteisön oikeuskäytännön lisäksi oikeus hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon voi perustua EU:n sosiaaliturvan yhteensovittamista koskevaan lainsäädäntöön, jolla säädetään liikkuvan työntekijän ja hänen perheenjäsentensä sekä eläkkeensaajien sosiaaliturvaoikeuksista. Uudistunutta EU:n parlamentin ja neuvoston asetusta sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta (EY) 883/2004 ja sen täytäntöönpanomenettelystä annettua asetusta (EY) 987/2009 sovelletaan 1 päivästä toukokuuta 2010 lähtien. Uusi perusasetus korvaa asetuksen (ETY) N:o 1409/71 sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheen-

jäseniinsä N:o 1408/71. Asetuksen soveltamisala laajenee koskemaan myös työelämän ulkopuolella olevia henkilöitä. Asetuksen sairaanhoitoa koskevia säännöksiä sovelletaan EU- valtioissa ja niiden voimaantultua myös ETA-valtioissa sekä Sveitsissä.

Asetuksen perusteella henkilön terveydenhoidon kustannuksista vastaava toimivaltainen valtio ratkaisee, myönnetäänkö henkilölle oikeus hakeutua hoitoon toiseen valtioon. Potilas voi hakea lupaa myös jälkikäteen. Lupa on lähtökohtaisesti myönnettävä. Lupa voidaan asetuksen mukaan evätä vain, jos sama hoito on annettavissa toimivaltaisessa jäsenvaltiossa lääketieteellisesti oikeutetussa ajassa tai jos kyseinen hoito ei kuulu asianomaisen henkilön asuinjäsenvaltion lainsäädännössä säädettyihin etuuksiin.

19 päivänä toukokuuta 2010 voimaan tulleen yhteensovittamisesta annettujen Euroopan parlamentin ja neuvoston asetusten soveltamisesta annetun lain (352/2010) mukaan Kansaneläkelaitos antaa jatkossa luvan saada hoitoa asuinjäsenvaltion ulkopuolella asetuksen 883/2004 mukaisissa hoitoon hakeutumisesta koskevista tilanteista. Lupa annetaan julkisen terveydenhuollon viranomaisen sitovan lausunnon perusteella.

57 §. *Vastuu toimintayksikön terveyden ja sairaanhoidosta.* Pykälän 1 momentin mukaan terveydenhuollon toimintayksikössä olisi oltava vastaava lääkäri. Säännös vastaa sisällöltään nykyisiä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain säännöksiä. Terveydenhuollon toimintayksikössä vastaava lääkäri johtaisi ja valvoisi toimintaa.

Vastaavan lääkärin määrittelyssä on kyse siitä, että organisaatiossa olisi huolehdittava lääketieteellisten perusteiden ja väestön erilaisten sairaanhoidollisten tarpeiden yhteensovittamisesta palvelujen tuotannossa. Kyse on resurssien allokoinnista ja kokonaisuuden vastuunkantamisesta. Vastaavan lääkärin olisi esimerkiksi kannettava vastuu siitä, että sairaanhoitopiirissä silmätautien ja synnytysten tai kardiologian ja gastrokirurgian järjestämisessä perusteena on vain väestön tarpeet eikä organisaationosien tai yksilöiden omat intressit. Sen lisäksi vastaava lääkäri vastaisi myös jokaisen organisaatiossa hoidetun potilaan hoitoperusteiden asianmukaisuudesta ja hoidon tasojen oikeasta valinnasta. Näistä

asioista ei voi vastata minkään muun koulutuksen saanut johtaja, joka sen sijaan voi hyvin hallinnollisesti johtaa organisaatiota, niin kuin monessa tapauksessa tapahtuukin. Jokainen ammattihenkilö vastaa oman ammatin pätevyytensä perusteella yksilön hoidosta ja silloinkin lääkäri vastaa aina yksilön sairauksien hoidon kokonaisuudesta ja viime kädessä vastaava lääkäri linjausten mukaisista hoitopäätöksistä.

Pykälän 2 momentin mukaan vastaava lääkäri myös päättäisi potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Vastaava lääkäri voisi myös antaa ohjeet, joiden mukaan toimintayksikön sisäisen työnjaon mukaan myös muu lääkäri tai laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voisivat päättää potilaan sairaanhoidon aloittamisesta tai lopettamisesta taikka potilaan siirtämisestä.

Pykälän 3 momentti koskee toimintayksikön vastuuta silloin, kun palveluja on ulkoistettu. Kunta voi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n 1 momentin 4 kohdan nojalla hankkia palveluja muun muassa yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Ehdotuksen tarkoituksena on turvata virkalääkäripalvelujen olemassa olo erityisesti silloin, kun kunta hankkii kaikki tai lähes kaikki terveydenhuollon palvelut yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Ehdotuksen mukaan näissä tapauksissa kunnan tulisi huolehtia siitä, että sillä on edelleen tarpeenmukainen henkilöstö niitä tehtäviä varten, joissa on kyse julkisen vallan käyttämisestä terveydenhuollossa. Tällaisia tehtäviä ovat esimerkiksi mielenterveyslain 29 §:ssä terveyskeskuslääkärille säädetty lakisääteinen toimintavelvollisuus tarkkailulähteen laatimiseen, jos on syytä epäillä, että edellytykset terveyskeskuksen toimialueella asuvan tai oleskelevan hoitoon määräämiseen hänen tahdostaan riippumatta ovat olemassa samaten kuin 31 §:ssä säädetyn virka-apupyynnön tekeminen. Tartuntatautilain 17 ja 18 §:n nojalla terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaava lääkäri voi kiireellisessä tapauksessa tehdä eristämistä koskevan päätöksen, 15 a §:n nojalla määrätä karanteeniin, 16 §:n nojalla määrätä tutkimuksiin, 20 §:n 4 momentin nojalla määrätä henkilön olemaan

poissa ansiotyöstään ja 16 §:n 3 momentin nojalla olemaan poissa päivähoitopaikasta tai oppilaitoksesta. Tartuntatautilain 39 § sisältää virka-apupyynnön koskevan säännöksen. Myös ehdotetun lain 31 §:ssä tarkoitettujen tutkimusten tekeminen on julkisen vallan käyttöä. Lisäksi on huomattava, että hallinnolliseen päätöksentekoon kuten maksumuutosten antamiseen tai julkisuuslain mukaiseen tietojen antamista koskeviin ratkaisuihin sisältyy julkisen vallan käyttöä. Joidenkin lääkintölaillisten todistusten antamisessa voi olla kysymys julkisen vallan käytöstä.

Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain (152/1990) 5 §:ssä edellytetään, että palvelun tuottajalla on terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja.

58 §. Potilaan kotikunnan vastuu hoidon kustannuksista. Pykälän 1 momentti. Momentin tarkoittamassa tilanteessa sen kunnan, jolla on vastuu hoidon järjestämisestä, olisi korvattava hoidosta aiheutuneet kustannukset, jollei hoitokustannusten korvaamisesta ole säädetty toisin muualla lainsäädännössä. Tällaisia tilanteita olisivat esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 13 a §:ssä tarkoitettut, jolloin hoitopalvelun järjestämisestä vastaavalla kunnalla tai kuntayhtymällä on oikeus saada pykälässä mainittujen lakien perusteella korvausvelvolliselta vakuutuslaitokselta tai Valtiokonttorilta laeissa säädetyn edellytyksin maksu, joka vastaa enintään hoitopalvelun järjestämisestä aiheutuneiden kustannusten määrää vähennettynä palvelun käyttäjältä perityllä asiakasmaksulla.

Pykälän 2 momentin mukaan korvaus perustuisi tuotteistukseen tai tuotehintaan, jolla terveydenhuollon toimintayksikkö seuraa muutoinkin omaa toimintaansa tai laskuttaa jäsenkuntiaan. Korvauksesta vähennetään hoidosta potilaan suorittama asiakasmaksu ja muut palvelun tuottajan hoitoon liittyvät saamat toimintatulot. Asiakasmaksu määräytyisi palvelun antavan kunnan päättämän asiakasmaksun mukaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista perittävistä maksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa. Lainsäädännössä määrätty maksut ovat enimmäismaksuja, joita ei voi kunnassa tai kuntayhtymässä tehtä-

vin päätöksin ylittää. Kunta ja kuntayhtymä voi päättää vain siitä, että asiakkailta ja potilailta peritään säädetty maksut enintään maksimimääräisinä, alennettuina tai että niitä ei joiltakin osin peritä lainkaan. Hoidon antanut palvelujen tuottaja lähettäisi laskun antamastaan hoidosta asiakkaan kotikunnalle. Jos lasku ylittäisi asiakkaan kotikunnan sairaanhoitopiirissä käytössä olevan tasausrajan, kotikunta voisi lähettää tasausrajan ylittävän määrän sairaanhoitopiirinsä tasausmenettelyyn. Eri puolilla maata saattaa olla käytössä erilaisia laskutustapoja. Tämä saattaisi aiheuttaa epäselvyyttä siitä, millä perusteella tuottaja laskuttaisi asiakkaan kotikuntaa. Kansallisesti sovittuja korvausperusteita ja laskutusmenettelyä ei ole olemassa. Tästä syystä palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä ohjeistettaisiin tarvittaessa asetuksella.

Tämä lain 76 §:ssä säädetään tasausjärjestelmästä. Nykyisessä tasausmenettelyssä tasataan poikkeuksellisen suuria potilaskohtaisia kustannuksia. Erikoissairaanhoitolain 56 a §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäsenkunnalle aiheutuneiden poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasauksesta tulee sopia sairaanhoitopiiri-kohtaisesti. Sairaanhoitopiireillä on ollut käytössä erilaisia tasausjärjestelmiä.

7 luku Opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen

59 §. *Valtion korvaus koulutuksesta yliopistolliselle sairaalalle.* Koulutuksesta maksettavan valtion korvauksen määräytymisperusteet vastaisivat sisällöltään nykyisiä erikoissairaanhoitolain säännöksiä. Nykyisen erikoissairaanhoitolain 47 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, suoritetaan valtion varoista korvausta niihin kustannuksiin, jotka aiheutuvat lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Luotettavaa selvitystä siitä, mitä sisältyy lääkärin ja hammaslääkärin koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin ei ole saatavissa.

Stakes on selvittänyt opetus- ja tutkimustoiminnasta terveydenhuollon yksiköille aiheutuneita kustannuksia. Stakesin selvityksessä todetaan, että opetuksen ja tutkimuksen

aiheuttamaa kustannusrasitusta on lähes mahdotonta erottaa kustannuslaskennan ja tilinpidon keinoin sairaalan palvelutuotannosta. Sen vuoksi Stakes keräsi tiedot sairaaloilta erillisellä kyselyllä ja käytti tutkimuksessa tilastollista analyysiä kustannusten arvioinnissa. Sairaalat ovat noudattaneet erilaisia kirjaamiskäytäntöjä koulutuskustannusten kirjaamisessa, mikä on saattanut aiheuttaa epätarkkuutta tutkimustuloksiin. Stakesin vuonna 2008 tekemässä selvityksessä sairaaloille lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta aiheutuneiden kustannusten määräksi vuodelta 2006 arvioitiin 134 miljoonaa euroa, kun valtion koulutuskorvauksen määrä oli 87 miljoonaa euroa. Selvityksen mukaan, vaikka opetukseen suunnatun valtion korvauksen määrää on lisätty, kustannusten ja koulutuskorvauksen välinen ero on kasvanut vuosina 2002–2006.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin pääperiaatteet lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksen korvaamisesta yliopistolliselle sairaalalle. Peruskoulutuksen korvaus laskettaisiin lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Erikoistumiskoulutuksen korvaus perustuisi tutkintojen lukumäärään ja tutkinnosta määrättyyn korvaukseen.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin eräiden erikoislääkärin koulutusohjelmien korvauksista. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, ei suoritettaisi tutkintomäärän mukaan määräytyvää korvausta sellaisista erikoislääkäritutkinnoista, joiden koulutus tapahtuu pääosin muualla kuin yliopistollisissa sairaaloissa. Tutkinnot määritettäisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella kuten nykyisinkin. Tällaisia olisivat esimerkiksi terveydenhuollon erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnot sekä liikuntalääketieteen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnot. Jos edellä mainittua koulutusta kuitenkin annetaan yliopistollisessa sairaalassa, kuntayhtymälle suoritettaisiin korvaus toteutuneiden koulutuskurssien mukaan.

Pykälän 3 momentin mukaan kukin lääkäri- tai hammaslääkärikoulutusta antava yliopisto ilmoittaa kalenterivuositteain sosiaali-

ja terveysministeriölle suoritettujen lääkäri- ja hammaslääkäritutkintojen määrän. Opinnot aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärä perustuisi Opetushallituksen ylläpitämään tilastoon, joka julkaistaan internetsivulla www.koulutusnetti.fi.

60 §. *Valtion korvaus koulutuksesta muulle terveydenhuollon toimintayksikölle kuin yliopistolliselle sairaalalle.* Pykälässä säädetäisiin koulutuksesta aiheutuvien kustannusten korvaamisesta muulle terveydenhuollon yksikölle kuin yliopistolliselle sairaalalle. Pykälän 1 momentissa säädetäisiin lääkärin ja hammaslääkärin peruskoulutuksesta, 2 momentissa erikoistumiskoulutuksesta ja 3 momentissa lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta, hammaslääkärin käytännön palvelusta sekä ulkomailla perustutkimon suorittaneilta eräissä tapauksissa edellytystä palvelusta.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, jossa on yliopistollinen sairaala, maksaisi 1 momentissa tarkoitetun lääkärin tai hammaslääkärin peruskoulutuksesta aiheutuvan korvauksen julkiselle palvelun tuottajalle tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetyille palvelujen tuottajalle, jonka ylläpitämässä terveydenhuollon yksikössä koulutus on järjestetty. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, jossa on yliopistollinen sairaala, ja koulutusta antava palvelun tuottaja tekevät sopimuksen koulutuksen järjestämisestä ja korvauksen määrästä.

Pykälän 2 momentin mukaan, jos yliopisto käyttäisi lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutukseen muuta terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, tästä aiheutuviin kustannuksiin suoritettaisiin säännöksissä tarkoitettu korvaus koulutukseen käytettyä kunnallista terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävälle kunnalle, koulutukseen käytetylle valtion mielisairaallalle tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetyille palvelujen tuottajalle, joka antaa koulutusta. Korvaus perustuisi toteutuneisiin koulutuskuluihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetäisiin tarkemmin ne 1 ja 2 momentissa tarkoitetut muut palvelujen tuottajat, joille koulutuskorvausta olisi mahdollista maksaa. Kysymyksen tulisivat pitkäaikaista, vakiintunutta ja korkeatasoista terveystieteellistä

tutkimustoimintaa harjoittaneet terveydenhuollon toimintayksiköt, joissa on mahdollista järjestää pitkäjänteistä koulutustoimintaa ja joita yliopistot ovat vakiintuneesti käyttäneet lääkärikoulutukseen. Kyseiset toimintayksiköt saavat huomattavan osan toimintansa rahoituksesta kuntien ja kuntayhtymien niiltä hankkimista palveluista ja toiminnalla on valtakunnallista merkitystä terveyspalvelujärjestelmän kannalta. Voimassa olevan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista annetun valtioneuvoston asetuksen 1351/2009 mukaan korvaukseen oikeutettuja palvelujen tuottajia ovat Invalidiliitto ry:n ylläpitämä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus, Sairaala Orton Oy, Reumasäätien ylläpitämä Reumasäätien sairaala, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätien ylläpitämä Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Suomen Punaisen Ristin ylläpitämälle SPR Veripalvelu sekä Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Pykälän 3 momentti vastaisi sisällöltään nykyistä erikoissairaanhoitolain 47 a §:n 3 momenttia. Momentissa tarkoitettu korvaus perustuu koulutuksessa olevien ja koulutuskaukausien määrään. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 14 §:n 1 momentin mukaan Euroopan talousalueeseen kuulumattoman valtion kansalaiselta, joka on suorittanut terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 4 §:ssä tai 5 §:n 1 momentissa tarkoitetun koulutuksen ulkomailla, vaaditaan ammatinharjoittamisluvan saamiseksi mainituissa lainkohdissa tarkoitettuihin tehtäviin tai ammatinharjoittamisoikeuden saamiseksi laillistettuna ammattihenkilönä toimimiseen, että hän on suorittanut Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston mahdollisesti määräämän palvelun ja lisäopinnot sekä ammattitaidon selvittämiseksi kuulustelun siten, että hänen pätevyytensä vastaa Suomessa suoritettua vastaavaa koulutusta, ja että hän on osoittanut omaavansa riittävän kielitaidon. Valvira on käytännössä edellyttänyt pääsääntöisesti kuuden kuukauden harjoittelua. Harjoittelu-aika ei kuitenkaan ole sidoksissa perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen aikaan.

Jos Valvira edellyttää pidempää harjoittelujaksoa, on tarkoituksenmukaista maksaa korvausta koko vaadittavalta harjoitteluajalta. Usein Euroopan talousalueen ulkopuolisen maan kansalaisilla on ollut vaikeuksia löytää vaadittavia harjoittelupaikkoja ammatinharjoittamisluvan tai -oikeuden saamiseksi ja valtion korvauksen maksaminen harjoitteluajalta helpottaa harjoitteluun pääsemistä.

Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun asetuksen 6 §:ssä säädetään laillistetulta hammaslääkäriltä edellytetyistä käytännön palvelusta. Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain 4 §:n 1 momentissa tarkoitettuna laillistetun hammaslääkärin tulee, ollakseen oikeutettu Suomessa harjoittamaan hammaslääkärin ammattia itsenäisesti laillistettuna ammattihenkilönä, mainitun lain 4 §:n 2 momentissa tarkoitettuna käytännön palvelun suorittamiseksi toimia vähintään yhdeksän kuukauden ajan virka- tai työsuhteessa taikka erillisellä määräyksellä hammaslääkärin tehtävissä hammaslääkärin ammattia itsenäisesti harjoittamaan oikeutetun laillistetun ammattihenkilön johdon ja valvonnan alaisena. Edellä mainitusta ajasta vähintään kuusi kuukautta tulee olla käytännön palvelua terveyskeskuksen hammaslääkärin tehtävissä.

Edellä mainittua sovelletaan myös EU- tai ETA-valtion kansalaiselta edellytettävään käytännön palveluun, jos henkilölle ei ole EU- tai ETA-valtiossa myönnetty terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain 6 §:n 2 momentissa tarkoitettua oikeutta harjoittaa itsenäisesti hammaslääkärin ammattia.

Lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetun asetuksen 4 §:n mukaan lääkäriin perusterveydenhuollon lisäkoulutus kestää kokopäiväisenä kolme vuotta. Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen suorittamiseksi lääkäriin tulee palvella lääkäriin tehtävissä koulutusyksikön hyväksymässä terveyskeskuksessa kokopäiväisesti vähintään yhdeksän kuukauden ajan ja lääkäriin tehtävissä koulutusyksikön hyväksymässä sairaalassa kokopäiväisesti vähintään kuuden kuukauden ajan, osallistua säännöllisesti edellä tarkoitettuna toimintayksikön toimipaikkakoulutukseen sekä suorittaa koulutusyksikön hyväksymä tai järjestämä vähintään 16 tunnin kursimuotoinen koulutus, joka perehdyttää ter-

veydenhuollon hallintoon ja sosiaaliturvajärjestelmään.

Valtion koulutuskorvausta olisi mahdollista maksaa myös Ahvenanmaan terveys- ja sairaanhoitoviranomaiselle. Terveystieteidenhuoltolain ei muilta osin sovelleta Ahvenanmaan maakunnassa Ahvenanmaan itsehallintolain 18 §:n 12 kohdan perusteella, valtion koulutuskorvausta lääkärin ja hammaslääkärin koulutukseen maksettaisiin kuitenkin myös Ahvenanmaan maakunnassa sijaitseville julkisille terveydenhuollon palvelun tuottajille.

Säännöksellä on tarkoitus selkiyttää lainsäädäntöä, koska voimassa olevan erikoissairaanhoitolain 47- 47 b §:n soveltamisesta Ahvenanmaan maakuntaan on ollut tulkintameriäisyyksiä. Erikoissairaanhoitolain 6 §:n mukaan erikoissairaanhoitolakia sovelletaan Ahvenanmaan maakunnassa vain rajoitetusti. Erikoissairaanhoitolain 6 §:ssä viitataan kumotun Ahvenanmaan itsehallintolain (670/1951) 11 §:n 2 momentin 15 kohtaan, jonka mukaan valtakunnan toimivaltaan kuuluvat tarttuvien tautien vastustaminen, lääkärin- ja hammaslääkärin toimien harjoittaminen, mielisairaanhoito eräin osin, oikeuslääkeopillinen ruumiinavaus ja tutkimus, kastroidminen, sterilisointi ja raskauden tilan keskeyttäminen sekä apteekit ja myrkyt. Voimassa olevan Ahvenanmaan itsehallintolain 18 §:n mukaan maakunnalla on lainsäädäntövalta asioissa, jotka koskevat terveyden- ja sairaanhoitoa lain 27 §:n 24, 29 ja 30 kohdassa säädettyin poikkeuksin. Ahvenanmaan itsehallintolain 27 §:n 30 kohdan mukaan valtakunnalla on lainsäädäntövalta asioissa, jotka koskevat terveyden- ja sairaanhoidon piirissä toimivien kelpoisuusvaatimuksia. Oikeuskansleri on lausunnossaan (31.7.2008 Dnro 21/20/08) todennut, että vaikka vanhan ja uuden itsehallintolain asianomaisten säännösten sanamuodot eroavat, erikoissairaanhoitolain 47 – 47 b §:ssä tarkoitettuna lääkärin ja hammaslääkärin koulutuksen voidaan katsoa olevan itsehallintolain 27 §:n 30 kohdan säännöksen ”terveyden- ja sairaanhoidon piirissä toimivien kelpoisuusvaatimukset” nojalla valtakunnan lainsäädäntövalan piiriin kuuluva asia. Itsehallintolain noudatettuna periaatteen mukaan hallintovalta jakautuu valtakunnan ja maakunnan kesken lainsäädäntövalan mukaisesti ja vas-

tuu kustannuksista kuuluu myös sille osapuolelle, jolla on hallintovalta. Tämän perusteella lääkäri- ja hammaslääkärikustannuksista aiheutuneita korvauksia tulee maksaa myös Ahvenanmaalla terveyden- ja sairaanhoidosta vastaavalle viranomaiselle.

61 §. *Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitus.* Yliopistotasaiseen terveyden tutkimukseen maksettavan rahoituksen perusteita ehdotetaan muutettavaksi nykyisestä. Tarkoituksena olisi parantaa kansallista tutkimustoiminnan suuntaamista ja järjestelmän läpinäkyvyyttä. Pykälän 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö määritteli yhteistyössä erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet neljäksi vuodeksi eteenpäin. Tutkimustoiminnan painoalueet ja tavoitteet valmisteltaisiin yhteistyössä erityisvastuualueiden kanssa. Tutkimustoiminnan ja painoalueiden valmistelussa otetaan huomioon erityisvastuualueiden erilaiset painotukset tutkimuksessa. Tutkimustoiminta on pitkäjänteistä työtä, mikä on tarkoitus ottaa huomioon tarkistettaessa painoalueiden ja tavoitteiden ajankäyttösuhteet neljän vuoden välein. Pykälän 2 momentissa säädetäisiin yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen jakamisesta erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille. Sosiaali- ja terveysministeriö myöntäisi valtion rahoitusta yliopistotasaiseen terveyden tutkimukseen erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille, jotka jakaisivat tutkimusrahoituksen edelleen alueensa tutkimushankkeille. Ministeriö päättäisi rahoituksen jakautumisesta erityisvastuualueille neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemällään päätöksellä. Päätös perustuisi erityisvastuualueen tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella.

Koska yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen määrä vahvistetaan vuosittain valtion talousarviossa, ei tutkimusrahoituksen jakautumista voida määritellä euromääräisenä neljäksi vuodeksi eteenpäin. Ministeriö päättäisi tutkimusrahoituksen jakautumisesta erityisvastuualueille prosentiosuuksina kunakin vuonna käytettävissä olevasta määrärahasta.

Pykälän 3 momentin mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien tulisi perustaa alueelleen yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen tutkimustoimikunta, jossa olisi monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä. Tutkimustoimikunta päättäisi alueellaan tutkimusrahoituksen myöntämisestä hakemusten perusteella. Tutkimusrahoitusta koskevan hakemuksen voisivat tehdä terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävä kunta, kuntayhtymä, valtion mielisairaala tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetty palvelujen tuottaja. . Yksittäinen tutkija tai tutkimusryhmä ei voisi olla hakijana, vaan hakijana tulisi olla julkisen sektorin organisaatio tai asetuksella säädetty palvelun tuottaja, johon vähintään yhdellä tutkimusryhmän jäsenistä olisi työ- tai virkasuhde. Tältä osin säännös vastaisi nykyistä tilannetta.

Tutkimustoiminnan rahoitusta hakemaan oikeutetut muut terveydenhuollon toimintayksiköt on tarkoitus määritellä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella samojen periaatteiden mukaan kuin nykyisin. Kysymyksen tulisivat pitkäaikaista, vakiintunutta ja korkeatasoista terveystieteellistä tutkimustoimintaa harjoittaneet terveydenhuollon toimintayksiköt, joissa on mahdollista järjestää pitkäjänteistä koulutustoimintaa ja joita yliopistot ovat vakiintuneesti käyttäneet lääkärinkoulutukseen. Kyseiset toimintayksiköt saavat huomattavan osan toimintansa rahoituksesta kuntien ja kuntayhtymien niiltä hankkimista palveluista ja toiminnalla on valtakunnallista merkitystä terveyspalvelujärjestelmän kannalta. Voimassa olevan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista annettun valtioneuvoston asetuksen 1351/2009 mukaan korvaukseen oikeutettuja palvelujen tuottajia ovat Invalidiliitto ry:n ylläpitämä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus, Sairaala Orton Oy, Reumasäätiön ylläpitämä Reumasäätiön sairaala, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätiön ylläpitämä Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Suomen Punaisen Ristin ylläpitämä SPR Verrin palvelu sekä Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Tutkimustoimikunnan tulisi tutkimusrahoituksen myöntämisessä ottaa huomioon sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella vahvistamat tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet mutta tutkimustoimikunta voisi myöntää rahoitusta myös painoalueiden ja tavoitteiden ulkopuolisiin tutkimushankkeisiin.

62 §. *Valtakunnallinen terveydentutkimuksen arviointiryhmä.* Sosiaali- ja terveysministeriö asettaisi valtakunnallisen yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen arviointiryhmän joka koostuisi asiantuntijoista. Arviointiryhmän puolueettomuuden turvaamiseksi ryhmässä voisi olla myös ulkomaisia jäseniä.

Arviointiryhmän tehtävänä olisi arvioida erityisvastuualueiden tutkimustoimintaa edellisellä nelivuotiskaudella. Arvioitavana olisi erityisesti vahvistettujen tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden saavuttaminen erityisvastuualueen tutkimustoiminnassa sekä toteutuneen tutkimuksen laatu, määrä ja tuloksellisuus. Arvioinnissa voitaisiin käyttää apuna esimerkiksi julkaisupisteiden määrää. Arviointiryhmän puolueettomuuden turvaamiseksi ryhmässä tulisi olla myös ulkomaisia jäseniä. Arviointiryhmä tekisi ehdotuksen tutkimusrahoituksen jakautumisesta erityisvastuualueille seuraavalla nelivuotiskaudella ministeriön päätöksenteon pohjaksi.

Tutkimusryhmä aloittaisi arviointityönsä nelivuotiskauden viimeisen vuoden alussa, jolloin se pystyisi arvioimaan edellisten vuosien tutkimustoimintaa. Tarkoituksena olisi, että arviointiryhmä saisi työnsä päätökseen nelivuotiskauden viimeisen vuoden syksyllä, jolloin ministeriö pystyisi tekemään päätöksen rahanjaosta heti seuraavan nelivuotiskauden alussa.

63 §. *Koulutuskorvauksen ja tutkimusrahoituksen maksaminen.* Pykälän 1 momentissa säädettäisiin koulutuskorvauksen maksamisesta. Esityksen mukaan aluehallintovirasto ja Ahvenanmaan valtionvirasto maksaisivat valtion koulutuskorvauksen. Tutkintojen ja opinnot aloittaneiden opiskelijoiden määrään perustuva koulutuskorvaus maksettaisiin yliopistolliselle sairaalalle ilman eri hakemusta sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen perusteella ja koulutuskuukausiin perustuva korvaus puolivuositain hakemuksen perusteella. Ahvenanmaan osalta koulutuskorvauksen maksaisi Ahvenanmaan valtionvi-

rasto, joka on yleinen valtion aluehallintoviranomainen. Tasavallan presidentin asetuksella 1179/2009 säädetään eräiden terveyden- ja sairaanhoidon tehtävien hallinnosta Ahvenanmaan maakunnassa siten, että Ahvenanmaan maakunnan hallituksen tulee Ahvenanmaan maakunnassa huolehtia niistä terveyden- ja sairaanhoidon alaan kuuluvista tehtävistä, jotka maakunnassa voimassa olevan valtakunnan lainsäädännön mukaan kuuluvat aluehallintovirastoille. Kyseinen säännös koskee kuitenkin ainoastaan niitä tehtäviä, joista on sovittu sosiaali- ja terveysministeriön ja Ahvenanmaan maakunnan hallituksen kesken. Koska valtion koulutuskorvaus ei kuulu kyseisen sopimuksen piiriin, Ahvenanmaan valtionvirasto maksaa korvauksen yleisten säännösten perusteella.

Pykälän 2 momentissa määriteltäisiin ajat, joissa koulutuskorvausta tulisi hakea ja aika, jonka kuluessa aluehallintoviraston tulisi käsitellä hakemukset. Hakemus- ja käsittelyajoista on nykyisin säädetty vuosittain annettavalla sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasoisien terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvausten perusteista. Vuoden 2010 korvausten perusteista on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella 67/2010. Säännös vastaisi asiasisällöltään nykyistä sääntelyä.

Pykälän 2 momentin mukaan aluehallintovirasto maksaisi kuukausittain tutkimusrahoituksen erityisvastuualueen tutkimustoimikunnalle, joka maksaisi rahoituksen edelleen hankkeiden toteuttajille hakemusten perusteella.

Pykälän 3 momentin mukaan muilta osin korvauksen maksamiseen ja muuhun menettelyyn sekä muutoksenhakuun liittyvissä asioissa noudatetaan soveltuvin osin valtionavustuslain (688/2001) säännöksiä. Kyseeseen tulisivat valtionavustuslain 20 §:n 1 momentin säännös valtionavustuksen palauttamisesta, 21 § valtionavustuksen takaisinperinnästä, 24 ja 25 § korosta ja viivästyskorosta, 26 § kohtuullistamisesta, 28 § takaisinperinnän määräajasta, 29 §:n 2 momentti palautusvelvollisuuden raukeamisesta, 30 § kuittauksesta ja 34 § oikaisuvaatimuksesta ja muutoksenhausta.

64 §. Tietojenantovelvollisuus. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän, jossa on yliopistollinen sairaala, olisi annettava sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä selvitys siitä, miten se on käyttänyt saamansa koulutuskorvauksen. Säännös vastaisi sisällöltään nykyisen lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvausten perusteista vuonna 2010 annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 67/2010 11 §:ää.

Erityisvastuualueen tutkimustoimikunnan olisi annettava sosiaali- ja terveysministeriölle selvitys vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä tutkimusrahoituksen osoittamisesta tutkimushankkeille ja painoalueille. Tutkimusrahoituspäätöksistä ilmoitettaisiin vuosittain sosiaali- ja terveysministeriöön, jotta ministeriöllä olisi käytössä tiedot rahojen käytöstä, vaikka tutkimustoiminnan vaikka niiden arviointi tapahtuisikin neljän vuoden välein.

65 §. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tilojen käyttäminen koulutus- ja tutkimustoimintaan. Pykälän 1 ja 2 momentissa säädettäisiin yliopiston ja muun sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjän oikeudesta käyttää sairaanhoidopiirin kuntayhtymän sairaaloita ja muita toimintayksiköitä terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen ja terveystieteelliseen tutkimustoimintaan. Muulla sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjällä tarkoitettaisiin sosiaali- ja terveysalan koulutusta antavia ammattikorkeakouluja ja ammatillisia oppilaitoksia. Tilojen käytöstä koulutus- ja tutkimustoimintaan sovitettaisiin koulutuksen järjestäjän ja sairaanhoidopiirin kuntayhtymän kesken. Säännös vastaisi sisällöltään nykyistä erikoissairaanhoitolain 45 §:ää.

Pykälän 3 momentin mukaan sairaanhoidopiirin kuntayhtymällä olisi velvollisuus järjestää yliopiston tai muun sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjän käytettäväksi on sellaiset koulutus- ja tutkimustoiminnassa tarvittavat huonetilat kiinteine koneineen ja laitteineen sekä koulutus- ja tutkimushenkilökunnan ja opiskelijoiden sosiaaliset tilat, jotka on välttämätöntä sijoittaa sairaanhoidopiirin kuntayhtymän toimintayksikköön. Jos toiminta voitaisiin vaikeuksitta järjestää muuallakin, ei kyseessä olisi säännöksessä

tarkoitettu välttämättömyys. Säännöksessä tarkoitetaan sellaisia koneita, laitteita ja huonetiloja, jotka liittyvät kiinteästi sairaalan tai toimintayksikön toimintaan, eikä koulutus- ja tutkimustoimintaa olisi tarkoituksenmukaista järjestää muualla. Säännös vastaisi sisällöltään nykyistä erikoissairaanhoitolain 46 §:ää.

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän palveluksessa olevat terveydenhuollon ammattihenkilöt olisivat velvollisia osallistumaan terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoimintaan siten, kuin siitä on kuntayhtymän ja yliopiston tai muun sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjän kesken sovittu. Säännös vastaisi sisällöltään nykyistä erikoissairaanhoitolain 49 §:ää.

66 §. Asetuksenantovaltuus. Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta suoritettavan korvauksen suuruudesta ja korvauksen maksamisen muista perusteista säädettäisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Asetuksella olisi tarkoitus säätää 59 §:n 2 momentissa tarkoitetuista erikoislääkäritutkinnoista, joista ei suoriteta tutkintojen määrään perustuvaa korvausta. Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta maksettavat korvaukset määräytyvät tutkinnosta maksettavan korvauksen ja koulutuskuukaudesta maksettavan korvauksen mukaan. Tutkintokorvauksen ja koulutuskuukaudesta maksettavan korvauksen määrät määriteltäisiin vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Korvauksen määrä voi vaihdella vuosittain tarkoitukseen varatun määrärahan sekä tutkintojen ja koulutuskuukausien määrän mukaan.

Yliopistollisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan painoalueista ja tavoitteista sekä tutkimusrahoituksen jakamisen muista perusteista ja menettelystä sekä valtakunnallisen arviointiryhmän asettamisesta, kokoonpanosta ja tehtävistä säädettäisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädettäisiin lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen ja yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista nykyistä valtioneuvoston asetusta 1351/2009 vastaavasti.

8 luku

Erinäisiä säännöksiä

67 §. Laitoshoidon määrittely. Säännös vastaa sisällöltään erikoissairaanhoidolain 35 a §:n säännöstä.

68 §. Lääkehoito. Lääkehuolto on olennainen osa terveydenhuoltojärjestelmäämme. Avohoidossa potilaalla on oikeus saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus sairauden hoidosta aiheutuneista tarpeellisen lääkehoidon kustannuksista. Sairausvakuutuksesta ei kuitenkaan korvata kunnallisessa terveydenhuollossa potilaalle hoidon yhteydessä annettuja lääkkeitä, koska lääkkeet ovat osa hoitoa ja niiden hankinnasta aiheutuvat kustannukset kuuluvat hoitoyksikölle. On kuitenkin tilanteita, joissa näistä pääperiaatteista poiketaan. Nämä tilanteet eivät kuitenkaan ole käytännössä täysin selviä. Lääkkeistä ei voi periä eri maksua laitoshoidossa, tämä on todettu muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 §:n 1 kohdassa (perusterveydenhuollossa hoitoon kuuluvat aineet) ja 5 §:n 4 kohdassa (tartuntatautien hoidossa käytettävät lääkkeet). Sairausvakuutus ei korvaa näitä julkisen terveydenhuollon vastuulle kuuluvia lääkkeitä.

Läkelain (395/1987) 66 §:n mukaan vuodeosastolta poistettavalle tai poliklinikalla käyneelle potilaalle voidaan luovuttaa lääkkeitä, jotka tarvitaan hoidon keskeytymätöntä jatkamista varten, kunnes potilas voi saada ne apteekista. Lääkelaitos on antanut lääkkeen luovutusta koskevan ohjeen (ohje nro 1/1997, Lääkkeen luovuttaminen sairaala- apteekista ja lääkekeskuksesta terveydenhuoltoyksikön potilaalle tai muulle asiakkaalle eräissä tapauksissa). Hoidon keskeytymätöntä jatkamista varten tarvittavien lääkkeiden lisäksi laitos voi luovuttaa korvauksetta osastolta kotiutuvalle potilaalle yksittäisen ja jo aloitetun lääkepakkauksen, joka on hankittu juuri tätä potilasta varten ja jota ei lääkkeen antotavan vuoksi voi käyttää muille potilaille (esimerkiksi keuhkoihin inhaloitavat lääkkeet).

Laitushoitoon sisältyvät kaikki tutkimuksessa ja hoidossa käytettävät lääkkeet. Potilasta ei voi velvoittaa käyttämään omia lääkkeitä lyhyessäkin laitoshoidossa, koska potilaalta perittävään hoitomaksuun sisältyy myös lääkehoito. Tämä merkitsee, että laitoksen on hankittava kaikki hoidossa tarvit-

tavat lääkkeet eikä potilasta tule pyytää hankkimaan lääkkeitä apteekista hoitojaksoa varten. Elleivät laitoshoidossa olevan potilaan tarvitsemat lääkkeet sisälly laitoksen tavanomaiseen lääkevalikoimaan, laitoksen tulee hankkia lääkkeitä tai hoidossa tulee lääkärin harkinnan mukaan käyttää muuta potilaalle soveltuvaa lääkitystä.

Poikkeuksellisesti potilaan näin toivoessa ja laitoksen lääkärin määräyksellä voidaan lyhytaikaisessa laitoshoidossa väliaikaisesti käyttää potilaan vakinaisia omia lääkkeitä, kunnes laitos pystyy hankkimaan potilaalle soveltuvia lääkevalmisteita. Jos potilas ei suostu käyttämään laitoksen lääkevalikoimaan kuuluvaa, hänelle soveltuvaa lääkettä ja lääkehoito kuitenkin on tarpeellinen, tulee hoitavan lääkärin kertoa potilaalle rinnakkaisvalmisteiden eroista. Ellei potilas tämän jälkeenkään halua laitoksesta annettavaa lääkettä, tulee hänelle todeta, että hän joutuu kustantamaan kyseisen lääkehoidon kokonaan itse, koska lääkekustannuksia ei korvata sairausvakuutuksesta laitoshoidon ajalta.

Potilasturvallisuuden varmistamiseksi potilaan omien lääkkeiden säilyttämisessä ja annostelussa tulee noudattaa samoja menettelyitä kuin muiden laitoksessa käytettävien lääkkeiden. Potilaan omia lääkkeitä ei kuitenkaan saa säilyttää yhdessä laitoksen lääkkeiden kanssa.

Sairaalan tai terveyskeskuksen polikliniseen hoitotapahtumaan liittyvät lääkkeet sisältyvät hoitoon eli niistä vastaa julkinen terveydenhuolto. Muut avohoidossa käytettävät lääkkeet potilas hankkii avohoidon apteekista ja niistä voidaan suorittaa sairausvakuutuskorvausta sairausvakuutuslain mukaisesti.

69 §. Lastensuojelulain mukaiset velvoitteet. 1 momentti. Lastensuojelulain uudistuksessa lisättiin kansanterveyslakiin uusi 14 b § ja 24 §:n 2 momentti sekä erikoissairaanhoidolakiin 30 a § ja 42 §:n 3 momentti. Lastensuojelulaki ja muutokset kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin tulivat voimaan tammikuun 1 päivänä 2008. Esityksen säännös vastaa sisällöltään nykyisiä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain säännöksiä. Lastensuojelullisia toimenpiteitä ovat lastensuojelulain 37 §:n mukainen avohuollon tukitoimena sijoittaminen, lastensuojelulain 49 §:n mukainen sijaishuoltoon sijoitettuna ole-

minen sekä lastensuojelulain 75 §:n mukainen jälkihuollossa oleminen. Sijoituskunnan on järjestettävä kyseisten lastensuojelullisten toimenpiteiden kohteena olevalle lapselle tai nuorelle tämän tarvitsemat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon kuuluvat palvelut. Perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon kuuluvilla palveluilla tarkoitetaan samoja terveyspalveluja, jotka olisivat lapsen tai nuoren käytettävissä, mikäli hän olisi sijoituskunnan asukas. Terveyspalvelut on järjestettävä yhteistyössä sijoittajakunnan terveyskeskuksen kanssa silloin, kun yhteistyö on lapsen tai nuoren edun mukaista. Säännöksen tavoitteena on turvata lapselle tai nuorelle riittävät terveyspalvelut.

2 momentin mukaan ehdotetussa momentissa säädettäisiin lastensuojelun asiakkaiden hoitoon pääsystä. Sen lisäksi mitä ehdotetussa laissa säädettäisiin hoitoon pääsystä, tulisi ehdotetun lain hoitoon pääsyä koskevia säännöksiä sovellettaessa ottaa huomioon, mitä lastensuojelulaissa säädetään asiakkaan oikeudesta saada terveydenhuollon palveluja. Lastensuojelun asiakkaita ovat lastensuojelulain 3 §:n mukaisesti ne lapset ja perheet, jotka ovat lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun piirissä. Lapsi- ja perhekohtaista lastensuojelua toteutetaan lastensuojelussa tekemällä lastensuojelutarpeen selvitys ja asiakassuunnitelma sekä järjestämällä avohuollon tukitoimia. Myös lapsen kiireellinen sijoitus ja huostaanotto sekä niihin liittyvä sijaishuolto ja jälkihuolto ovat lapsi- ja perhekohtaista lastensuojelua. Terveyspalvelut voivat olla osa lapsen asiakassuunnitelman mukaisia avohuollon tukitoimia tai ne voivat olla osa sijais- tai jälkihuoltoa. Myös perheen aikuisten oikeutta palvelujen saantiin säännellään lastensuojelulaissa.

Lastensuojelulain 34 §:n 1 momentin mukaan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen on ryhdyttävä avohuollon tukitoimiin viipymättä jos kasvuolosuhteet vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä tai kehitystä taikka jos lapsi käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään tai kehitystään. Tiedetyt avohuollon tukitoimet on turvattu subjektiivisina oikeuksina. Lastensuojelulain 35 §:n 1 momentin mukaan kunnan on viivytyksettä järjestettävä riittävä taloudellinen tuki sekä korjattava asumisoloihin liittyvät puutteet tai järjestet-

tävä tarpeen mukainen asunto silloin kun lastensuojelun tarve johtuu oleellisilta osin edellä mainituista seikoista tai kun seikat ovat oleellisena esteenä lapsen ja perheen kuntoutumiselle. Muut avohuollon tukitoimet on määritelty lastensuojelulain 36 §:ssä, joka sisältää esimerkinomaisen luettelon keskeisistä kyseeseen tulevista tukimuodoista, joita järjestetään erityisesti lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevalle lapselle ja hänen perheelleen sekä jälkihuollossa olevalle nuorelle. Lastensuojelulain säätämiseen johtaneen hallituksen esityksen yksityiskohtaisten perustelujen mukaan lapsen ja nuoren kuntoutumista tukevia hoito- ja terapiapalveluja ovat muun muassa kasvatus- ja perheneuvolan palvelut, lapsen lyhytaikainen kuntouttava hoito avohuollon sijoituksena, oppimista edistävä tuki ja ohjaus esimerkiksi koulupsykologien ja -kuraattoreiden palveluilla, erilaiset terapiat ja psykiatrinen hoito sekä lasten ja nuorten päihde- ja huumehoitoapalvelut.

Avohuollon palvelujen myöntämistä määrittää lastensuojelulaissa säädetty avohuollon tukitoimien ensisijaisuus suhteessa huostaanottoon. Lastensuojelulain 40 §:n 1 momentin 1 kohdan mukaisesti huostaanottoon ja sijaishuollon järjestämiseen voidaan ryhtyä vain jos avohuollon tukitoimet eivät olisi lapsen edun mukaisen huolenpidon toteuttamiseksi sopivia tai mahdollisia taikka jos ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Ehdotetun lain mukaan terveydenhuollon henkilöstö arvioisi lastensuojelun asiakkaiden hoidontarpeen, mutta hoitoa järjestettäessä olisi huomioitava myös lastensuojelulain säännökset siten, että hoito tulisi lastensuojelulain niin edellyttäessä järjestää nopeammin kuin mitä ehdotetun lain 51–53 §:ssä säädetään. Hoidon aloittamista ei olisi mahdollista lykätä tilanteissa, joissa hoidon aloittamisen lykkäminen johtaisi lapsen huostaanottamiseen. Tehtäessä päätöstä hoidon aloittamisesta tulisi kuitenkin arvioida olisivatko käytettävissä olevat terveydenhuollon toimenpiteet lapsen edun mukaisen huolenpidon toteuttamiseksi sopivia, mahdollisia taikka riittäviä.

Käytännössä ongelmana erityisesti mielen-terveyspalveluissa on ollut se, että terveydenhuollon viranomaisilla ei ole välttämättä tarvittavia hoitoyksiköitä käytettävissään tai ne eivät ole varanneet riittävästi määrärahoja

kyseiseen tarkoitukseen. Tämä on johtanut siihen, että lapsia on jouduttu hoitamaan heidän sairaudestaan huolimatta pelkästään lastensuojelun avohuollon tukitoimin tai huostaanotettuna lastensuojeluyksiköissä. Käytäntö on ollut ongelmallinen lapsen oikeusturvan kannalta ja ristiriidassa laissa säädettyjen huostaanoton kriteereiden kanssa. Lastensuojelutoimenpiteisiin ja erityisesti huostaanottoon voidaan ryhtyä vasta, ellei huoltaja suostu viemään lasta välttämättömäksi arvioituun hoitoon tai kun lapsen psyykkisiin ongelmiin liittyy muita esimerkiksi lapsen kasvuoloihin liittyviä ongelmia ja terveydenhuollon järjestämä hoito yksinään ei turvaa lapsen terveyttä ja kehitystä.

Lapsen oikeusturvan parantamiseksi sijaishuollon aikana toteutettavaa erityistä huolenpitoa koskevaa lastensuojelulain 72 §:ää täsmennettiin 1 päivänä maaliskuuta 2010 voimaan tulleella lailla (88/2010). Lakimuutoksen jälkeen erityistä huolenpitoa voidaan järjestää 12 vuotta täyttäneelle lapselle vain mikäli terveydenhuollon palvelut eivät sovellu käytettäväksi erityisen huolenpidon sijaan. Erityisellä huolenpidolla tarkoitetaan lastensuojelulaitoksessa järjestettävää erityistä, moniammatillista hoitoa ja huolenpitoa, jonka aikana lapsen liikkumisvapautta voidaan rajoittaa hänen hoitonsa ja huolenpitonsa edellyttämässä laajuudessa. Erityistä huolenpitoa järjestetään vakavan päihde- tai rikoskierteen katkaisemiseksi tai kun lapsen oma käyttäytyminen muutoin vakavasti vaarantaa hänen henkeään, terveyttään tai kehitystään. Erityinen huolenpito on tarkoitettu vaikean tilanteen katkaisemiseen, mutta sitä ei ole tarkoitettu käytettäväksi silloin, kun lapsi on psykiatrisen laitoshoidon tarpeessa. Psykiatrisen laitoshoidon tarve ei myöskään ole peruste lasta koskevan sijaishuoltopäätöksen tekemiseen erityisen huolenpidon toteuttamiseksi.

Lastensuojelulain 15 §:n mukaan lasten tarvitsemat seksuaalisen hyväksikäytön tai pahoinpitelyn epäilyn selvittämiseen liittyvät palvelut on järjestettävä kiireellisinä. Lisäksi terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiiriin on annettava lastensuojelulain 3 §:ssä tarkoitettua lapsi- ja perhekohtaisessa lastensuojelussa asiantuntija-apua ja järjestettävä tarvittaessa lapsen tutkimus sekä hoito- ja terapiapalvelu-

ja lapselle. Sijaishuoltoon sijoittamisen yhteydessä lapsen terveydentila on tutkittava siten kuin lastensuojelulain 51 §:ssä säädetään.

3 momentti. Säännöksen tarkoituksena on, että sijoituskunta saa kaikista järjestämistään terveydenhoitopalveluista korvauksen ensisijaisesti järjestämis- ja kustannusvastuussa olevalta kunnalta. Korvauksen ulkopuolelle jäisivät kuitenkin sellaiset käytännössä vähäisiä kustannuksia aiheuttavat palvelut kuten satunnaiset käynnit terveyskeskuksessa. Erikoissairaanhoidon palveluja järjestäneellä terveys- tai sairaanhoitopiirillä on oikeus saada korvausta palvelujen aiheuttamista kustannuksista. Korvausta on velvollinen maksamaan se terveys- tai sairaanhoitopiiri, johon sijoittajakunta kuuluu.

70 §. Lapsen huomioon ottaminen aikuisille suunnatuissa palveluissa. Pykälän 1 momentti vastaisi sisällöltään lastensuojelulain 10 §:n 2 momenttia, jossa terveydenhuollon viranomaisille asetetaan velvollisuus tarvittaessa järjestää välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten erityiseksi suojelemiseksi. Lastensuojelulain säätämiseen johtaneen hallituksen esityksen mukaan säännöksellä on pyritty turvaamaan odottavalle äidille välttämättömät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja ehkäisemään siten lapsen mahdollista vammautumista sikiökaudella. Koska äitiys- ja lastenneuvolatoiminta on järjestetty terveydenhuollon toimesta, säännöksessä tarkoitettun tehtävän hoitaminen kuuluu ensisijaisesti terveydenhuollon piiriin. Säännöksen tehtävänä on tarjota riittävän varhainen tuki esimerkiksi odottavan äidin päihdeongelman poistamiseksi ja siitä aiheutuvien haittojen ehkäisemiseksi. Tuen tarpeen voi synnyttää myös puutteellinen asuminen tai kyvyttömyys tai mahdollisuuksien puute huolehtia omasta ja syntymättömän lapsen hyvinvoinnista, jolloin viranomaisilta edellytetään yli sektorirajojen menevää yhteistyötä. Edelleen perustelujen mukaan kysymyksessä on avohuollon tukitoimi, johon ei voida ryhtyä asiakkaan tahdon vastaisesti.

Pykälän 2 momentin mukaan lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja lapselle on turvattava riittävä hoito ja tuki, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai mui-

ta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen. Momentti vastaisi sisällöltään lastensuojelulain 10 §:n 1 momenttia. Säännös velvoittaa aikuiselle palveluja järjestävää tahoa ottamaan lapsen tilanteen puheeksi ja varmistamaan sen, että lapsi saa riittävän hoidon ja tuen aikuisen hoidon aikana. Tilanteen selvittämiseksi ja tarvittavien tukipalvelujen järjestämiseksi voidaan tarpeen mukaan järjestää eri yhteistyötahojen neuvotteluja. Jos aikuiselle annettavien palvelujen yhteydessä käy ilmi, että lapsen hoidon ja huolenpidon tarve, kehitystä vaarantavat olosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelun tarpeen selvittämistä, on hoitavan tahon tehtävä lastensuojeluilmoitus tai yhdessä asiakkaan kanssa lastensuojelulain 25 a §:n mukainen pyyntö lastensuojelutarpeen arvioimiseksi.

71 §. Puolustusvoimien terveydenhuolto. Säännös vastaa sisällöltään kansanterveyslain 24 §:ää ja erikoissairaanhoitolain 15 §:n 2 momentin säännöksiä. Säännökset tulivat voimaan 1 päivänä tammikuuta 2006. Puolustusvoimien on erityisolosuhteissa kyettävä viivytyksettä ja asiantuntemuksella tarjoamaan terveydenhuoltopalvelut sen terveydenhuoltovastuulla oleville. Samalla on otettava huomioon yhteistoimintamahdollisuudet puolustusvoimien järjestämän ja yhteiskunnan muun terveydenhuollon välillä. Puolustusvoimien terveydenhuoltojärjestelmällä on joitakin erityispiirteitä.

Puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla on ensisijaisesti nuoria, joiden perusterveystila on todettu hyväksi. Varusmiespalvelus on sekä fyysisesti että psyykkisesti ajoittain varsin rasittavaa. Rasitus saattaa laukaista sairauksia, jotka muuten eivät ilmeneisi. Varusmiesten palveluskelpoisuusluokan vahvistamisen on tapahduttava mahdollisimman pian palvelukseen astumisen jälkeen, mikä aiheuttaa vuosittain kuormitushuippuja sekä perustason sairaanhoitoon että erikoissairaanhoitoon. Tiivis asuminen kasarmeilla mahdollistaa epidemioiden leviämisen, mistä myös aiheutuu hoidon kuormitushuippuja. Laajat epidemiat lisäävät myös vakavien komplikaatioiden määrää. Erikoissairaanhoitossa tutkimuspotilaiden osuus on suurempi

ja sairauden vuoksi hoidettavien osuus pienempi kuin muutoin julkisen sektorin terveydenhuollossa.

Potilaiden hoitoisuusaste on alhainen. Varuskunnissa toiminta painottuu polikliniseen työhön. Terveystarkastuksia on runsaasti. Sairaalanottokynnys on kuitenkin huomattavasti alhaisempi kuin muualla julkisella sektorilla.

72 §. Puolustusvoimien korvaus. Säännös vastaa kansanterveyslain 25 §:n ja erikoissairaanhoitolain 43 b §:n säännöksiä.

73 §. Potilaan siirtokuljetus. Pykälän 1 momentti vastaa sisällöltään kansanterveyslain 16 §:n 2 momenttia.

Pykälän 2 momentti vastaa erikoissairaanhoitolain 36 §:ää. Kun potilaan sairaus edellyttää hänen siirtämistään sairaalasta, poliklinikalta tai muusta toimintayksiköstä toiseen sairaalaan tai terveyskeskukseen hoidettavaksi, tulisi lähettävän toimintayksikön järjestää kuljetus ja vastata siitä aiheutuneista kustannuksista. Muutoin kuljetuksesta aiheutuneista kustannuksista vastaisi potilas ja hän saisi tällöin korvauksen sairausvakuutuslain säännösten perusteella.

74 §. Tartuntataudit. Säännös vastaa nykyistä lainsäädäntöä. Tartuntatautilaissa säädetään tartuntatautien vastustamistyön järjestämisestä.

75 §. Oikeuslääketieteellisten ruumiinavausten edellyttämät tilat. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos vastaa oikeuslääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvien ruumiinavausten suorittamisesta. Ruumiinavaukset on pääsääntöisesti tehty sairaanhoitopiireiltä sopimukseen perustuen vuokratuissa tiloissa. Sairaanhoitopiireillä ei kuitenkaan ole velvoitetta tilojen vuokraamiseen. Sen vuoksi on periaatteessa mahdollista, että yhteiskunnan ja väestön oikeusturvan kannalta merkittävän palvelun toteuttamiselle voi aiheutua huomattavaa haittaa, jos Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä sairaanhoitopiirin välille ei saataisi sopimusta tilojen vuokraamisesta tähän toimintaan. Oikeuslääketieteellisen ruumiinavaustoiminnan pitkäjänteisen järjestämisen varmistamiseksi lakiin ehdotetaan säännöstä, jonka mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulisi tarvittaessa järjestää Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen

käyttöön tilat ruumiinavausten suorittamiseen.

Ruumiinavaustilojen järjestämisestä tulisi tehdä sopimus sairaanhoitopiiriin ja Terveystieteellisen laitoksen välille. Laissa edellytettäisiin lisäksi, että Terveystieteellisen laitoksen tulisi suorittaa tiloista kohtuullisia kustannuksia vastaava korvaus. Tarkoituksena on, että suoritettava korvaus kattaa tilojen järjestämisestä aiheutuvat todelliset kustannukset.

Ehdotettu 2 momentin säännös vastaa kansanterveyslain 49 §:n ja erikoissairaanhoitolain 59 §:n säännöksiä. Näiden säännösten nojalla on annettu oikeuslääkeopillisista tutkimuksista suoritettavista korvauksista annettu valtioneuvoston asetus (862/2004) siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen.

Valtuutussäännöstä ei ole tarkoitus muuttaa sisällöllisesti. Kunnan perusterveydenhuollon velvollisuudesta antaa poliisille virka-apua elävän henkilön kliniseen tutkimukseen ja vainajan ulkonaisen ruumiintarkastuksen suorittamiseen säädettäisiin 31 §:ssä.

76 §. Tasausjärjestelmä. Nykyisessä tasausmenettelyssä tasataan poikkeuksellisen suuria potilaskohtaisia kustannuksia. Erikoissairaanhoitolain 56 a §:n mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän jäsenkunnalle aiheutuneiden poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasauksesta tulee sopia sairaanhoitopiirikohteisesti. Sairaanhoitopiireillä on ollut käytössä erilaisia tasausjärjestelmiä viimeisten 15 vuoden aikana. Tasausjärjestelmän tarve säilyy, vaikka kuntamäärä pienenee ja väestöltään pienten kuntien määrä vähenee. Vuoden 2012 jälkeenkin maassamme on useita kuntia, joiden väestömäärä on alle 50 000 asukkaan, jota rajaa usein pidetään kohtuullisen riittävänä satunnaisten suurten kustannusvaihtelujen sietämiseen.

Yhteistoiminta-alue on liian kapea sairaanhoitopiiriin palvelujen käytöstä syntyvien poikkeuksellisen suurten kustannusten tasaukseen. Yhteistoiminta-alue voi sopia omia vapaaehtoisia tasausjärjestelmiä. Hoitopaikan valinnan mahdollisuudesta johtuen sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon palvelujen hinnoittelun periaatteet tulee olla yhtenevät. Tämän vuoksi myös kaikki hintoihin vaikuttavat oleelliset kustannustekijät, kuten

sairaanhoitopiiriin päättämä poikkeuksellisen suurten kustannusten tasausjärjestelmä, tulisi olla yhtenevin perustein huomioitu. Tasausjärjestelmän määräytymisen perusteista voi olla tarpeen säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

77 §. Asiakasmaksut. Säännös vastaa sisälöltään nykyisen kansanterveyslain 21 §:n ja erikoissairaanhoitolain 37 §:n säännöksiä.

78 §. Viivästyskorko. Säännös vastaa sisälöltään nykyisen kansanterveyslain 28 a §:n ja erikoissairaanhoitolain 44 a §:n säännöksiä.

9 luku Voimaantulo ja siirtymäsäännökset

79 §. Voimaantulo ja siirtymäsäännökset. Vuonna 2011 maksettaviin yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimuksen korvauksiin sovellettaisiin nykyisiä erikoissairaanhoitolain 47–47 b §:n säännöksiä.

Tarkoituksena on valmistella tutkimustoiminnan painoalueet ja tavoitteet vuoden 2011 aikana. Valmistelu voisi tapahtua ministeriön johdolla yhteistyössä erityisvastuualueiden kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö vahvistaisi painoalueet ja tavoitteet vuoden 2012 alussa voimaan tulevalla asetuksella.

Terveystieteellisen tutkimusrahoitukseen siirryttäessä sosiaali- ja terveysministeriö jakaisi ensimmäisen nelivuotiskauden, joka koskee vuosia 2012–2015, tutkimusrahoituksen erityisvastuualueille prosentiosuuksina, jotka perustuvat kolmen edellisen vuoden, joilta tiedot ovat saatavissa julkaisupisteisiin. Rahoituksen jakamisesta päätettäessä käytettävissä olisivat vuosien 2008 – 2010 julkaisupisteet, joiden perusteella päätös tehtäisiin.

Ministeriö asettaisi arviointiryhmän ensimmäistä arviointia varten vuoden 2015 alussa, jolloin arviointiryhmä arvioisi tutkimustoimintaa vuosilta 2012 – 2014. Arviointiryhmä jättäisi työnsä tuloksen syksyllä 2015 ministeriölle, joka tekisi päätöksen tutkimusrahoituksen jaosta seuraavalle nelivuotiskaudelle vuoden 2016 alussa. Seuraavan kerran arviointiryhmä asetettaisiin nelivuotiskauden kolmantena vuonna arvioimaan edellisen neljän vuoden tutkimustoimintaa ja

arviointiryhmä luovuttaisi työnsä nelivuotis-
kauden viimeisen vuoden syksyllä.

Pykälän 3 momentissa todetaan, että lain
9 §:n mukaiseen yhteiseen potilastietorekiste-
riin sisältyvät myös ennen lain voimaantuloa
laaditus potilasasiakirjat. Säännöksen tarkoi-
tuksena on selventää yhteisen potilastietore-
kisterin kattavuus ja varmistaa, että siinä ovat
mukana kaikki sairaanhoitopiirin alueen
kunnallisen terveydenhuollon potilasasiakir-
jat niiden laatimisajasta riippumatta.

1.2 Laki kansanterveyslain muuttami- sesta

Kansanterveyslaista esitetään useita pykälä
kumottavaksi ja joihinkin pykälään esitetään
tehtäväksi teknisiä muutoksia, jotka johtuvat
uuden terveydenhuoltolain säätämisestä.
Muutettavissa säännöksissä on otettu huomi-
oon myös muun lainsäädännön muutoksista
aiheutuvat muutokset.

1 §. Pykälän 1 momenttia muutettaisiin sit-
ten, että siihen lisätään viittaus uuteen ter-
veydenhuoltolakiin. Terveydenhuoltolaissa
säädetään terveydenhuollon palvelujen ja
toiminnan sisällöistä, myös kansanterveys-
työn sisällöstä. Kansanterveystyöstä voidaan
käyttää myös nimitystä perusterveydenhuol-
to.

Pykälän 2 momentti kumotaan, koska
sen sisältö on siirretty terveydenhuoltolain
21 §:ään.

4 §. Säännökseen on tehty Terveiden ja
hyvinvoinnin laitoksen perustamisesta aiheu-
tuvat tekniset muutokset.

14 §. Säännöksessä on määritetty kunnan
kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä.
Säännöksen sisältö siirretään terveydenhuol-
tolain 2 ja 3 lukuihin, joten säännös ehdote-
taan kumottavaksi kokonaisuudessaan.

14 a §. Säännös ehdotetaan kumottavaksi
ja sen sisältö siirretään terveydenhuoltolain
19 §:ksi.

14 b §. Säännös ehdotetaan kumottavaksi
ja sen sisältö siirretään terveydenhuoltolain
69 §:ksi.

15 §. Säännös ehdotetaan muutettavaksi sit-
ten, että siihen tehdään viittaukset terveyden-
huoltolain säännöksiin. Pykälän 4 momentti
ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirre-
tään terveydenhuoltolain 18 §:ksi.

15 b. Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja
sen sisältö siirretään terveydenhuoltolain 51
ja 53 §:iin.

18 §. Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja
sen sisältö siirretään terveydenhuoltolain 67
§:ksi.

21 - 28 § sekä 28 a §. Säännökset ehdote-
taan kumottaviksi ja niiden sisältö siirretään
terveydenhuoltolakiin.

41 §. Säännöksen 1 momentti ehdotetaan
kumottavaksi ja sen sisältö siirretään tervey-
denhuoltolain 5 §:ksi.

47 §. Säännöksen 1 momentti ehdotetaan
muutettavaksi siten, että muutetaan lääninoi-
keus muutoksenhakuasteena hallinto-
oikeudeksi.

Säännöksen 2 momentti ehdotetaan muu-
tettavaksi siten, että viittaus kunnallislakiin
muutetaan nykyisin voimassaolevaan kunta-
lakiin.

48 §. Säännöksessä oleva viittaus kunnal-
lislain pykälään muutetaan nykyisin voimas-
saolevan kuntalain 98 §:ään

49 §. Säännös ehdotetaan kumottavaksi
ja sen sisältö siirretään osittain terveyden-
huoltolain 55 ja 73 §:ään. Mielenterveys-
työn sisällöstä säädetään terveydenhuolto-
lain 27 §:ssä.

1.3 Laki erikoissairaanhoitolain muut- tamisesta

Erikoissairaanhoitolakiin esitetään useita
pykälä kumottavaksi ja joihinkin pykälään
esitetään tehtäväksi teknisiä muutoksia, jotka
johtuvat uuden terveydenhuoltolain säätämi-
sestä. Muutettavissa säännöksissä on otettu
huomioon myös muun lainsäädännön muu-
toksista aiheutuvat muutokset.

1 §. Säännös ehdotetaan muutettavaksi sit-
ten, että erikoissairaanhoidon palveluista ja
toiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa.
Erikoissairaanhoitolaissa säädettäisiin edel-
leen järjestämisestä ja palvelurakenteista.
Erikoissairaanhoitolain 1 §:n 2 ja 3 momentti
ehdotetaan kumottavaksi ja niiden sisältö
siirretään terveydenhuoltolain 3 §:n 3 koh-
taan ja 29 §:ään.

2 §. Säännökset ehdotetaan kumottavaksi,
koska terveydenhuoltolaissa säädetään perus-
terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon
palvelujen sisällöstä ja toiminnasta.

3 §. Pykälän 1 momentti ehdotetaan muutettavaksi siten, että siihen lisätään viittaus terveydenuoltolakiin, jossa säädetään erikoissairaanhoidon palvelujen sisällöstä ja toiminnasta.

4 §. Säännös ehdotetaan muutettavaksi siten, että lakiviittaus korjataan lain nykyisen nimikkeen mukaiseksi eli sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettu laki.

9 §. Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirretään terveydenhuoltolain 3 §:n 4 kohtaan.

10 §. Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirretään terveydenhuoltolain 33 §:ään.

10 a §. Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirretään terveydenhuoltolain 30 §:ään.

10 b §. Pykälän 1 momentti ehdotetaan muutettavaksi siten, että pykälässä viitattaisiin terveydenhuoltolain 33 §:n 2 momenttiin.

11 §. Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirretään terveydenhuoltolain 42 §:ään.

13 §. Säännöksessä ehdotetaan muutettavaksi kuntainliitto kuntayhtymäksi nykyisen kuntalain mukaisesti.

14 §. Säännös ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirretään terveydenhuoltolain 34, 43 ja 44 §:ään.

15 §. Pykälän 2 momentti ehdotetaan kumottavaksi ja sen sisältö siirretään terveydenhuoltolain 71 §:ään.

16 §. Pykälän 1 momentti ehdotetaan muutettavaksi siten, että sana kuntainliitto muutetaan kuntayhtymäksi nykyisen kuntalain mukaisesti.

18 ja 21 §. Pykälän 3 momentti ehdotetaan muutettavaksi siten, että viittaus kunnallislakiin muutetaan viittaukseksi kuntalakiin.

28 §. Säännöksessä ehdotetaan muutettavaksi sana kuntainliitto kuntayhtymäksi nykyisen kuntalain mukaisesti.

30 §. Pykälän 1 momenttia muutetaan siten, että poistetaan viittaukset kumottaviin säännöksiin ja lisätään viittaukset terveydenhuoltolain säännöksiin. Pykälän 2 - 4 momentit kumotaan ja niiden sisältö siirretään terveydenhuoltolakiin.

31, 31 a, 33, 33 a, 34, 35, 35 a, 36, 37, 44, 44 a, 45 -47, 47 a, 47 b, 48, 49, 56 a sekä 12 luvun nimike ehdotetaan kumottavaksi ja niiden sisältö siirretään terveydenhuoltolakiin.

1.4 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain useisiin pykäliin esitetään tehtäväksi teknisiä muutoksia, jotka johtuvat uuden terveydenhuoltolain säätämisestä.

Muutettavissa säännöksissä on otettu huomioon myös muun lainsäädännön muutoksista aiheutuvat muutokset.

Muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain 5 §:n 1, 6 ja 7 kohdat, 8 §, 9 §:n 2 momentti, 12 §:n 1 momentti, 13a §:n 2 momentti, 13 b §.

2 Tarkemmat säännökset ja määräykset

Esityksen mukaan tarkempia säännöksiä annetaan valtioneuvoston ja sosiaali- ja terveysministeriön asetuksilla. Osa asetuksista vastaa sisällöltään nykyisiä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon nojalla annettuja asetuksia. Tarkempia säännöksiä asioista, jotka on sisällytettävä opiskeluterveydenhuoltoon, lasten ja nuorten ehkäisevään suun terveydenhuoltoon, terveysneuvontaan ja määräämäänsä terveydenhuoltoon, neuvola- ja kouluterveydenhuoltoon, kouluterveydenhuollon erityistutkimuksista, opiskeluterveydenhuoltoon oikeutetuista opiskelijoista, seulonnoista (23 §) ja oikeuslääkeopillisten tutkimusten kustannuksista (75 §) annetaan valtioneuvoston asetuksella. Erikoissairaanhoidon valtakunnallisesta ja alueellisesta keskittämisestä (45 §) on tarkoituksena säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Nämä asetukset vastaisivat pääpiirteissään nykyisiä asetuksia.

Tarkempia säännöksiä terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (5 §), lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineistä (29 §), ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalvelun

henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määritelmistä sekä ensivastetoiminnasta (41 §) valtion koulutuskorvauksen ja terveyden tutkimuksen rahoituksen maksatuksesta, yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen arviointiryhmän asettamisesta, kokoonpanosta ja tehtävistä (66 §), kunnallisessa terveydenhuollossa annettavan laitoshoidon määrittelystä (67 §) annettaisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella, kuten niistä on nykyisinkin säädetty.

Uusiksi asetuksenantovaltuuksiksi voidaan tulkita, että terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa (34 §) ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa (43§) sovittavista asioista säädetään valtioneuvoston asetuksella. Siitä, milloin lääkkeen antaminen tapahtuu lääkärin tai hammaslääkärin valvonnassa (68 §) on myös tarkoitus säätää valtioneuvoston asetuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella annetaan tarkempia säännöksiä potilasturvallisuutta ja laadunhallintaa koskevasta suunnitelmasta (8 §), ensihoitokeskuksen tehtävistä (44 §), kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä, kuntien väliseen laskutukseen liittyvistä palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä (58 §) ja poikkeuksellisten suurten kustannusten tasausrajan määrittämisen perusteista (76 §).

3 Voimaantulo

Lait ehdotetaan tulemaan voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011, kuitenkin siten, että ensihoitopalvelu olisi järjestettävä 39 §:n mukaisesti viimeistään 1 päivästä tammikuuta 2013. Kunnan kansanterveyslain nojalla tekemät, sairaankuljetusta koskevat sopimukset päättyvät viimeistään 31 päivänä joulukuuta 2012.

Lain 48 §:ää sovellettaisiin 1 päivästä tammikuuta 2014. Lain 61 ja 63 §:n 2 momenttia sovellettaisiin 1 päivästä tammikuuta 2012.

Lakien täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin voitaisiin kuitenkin ryhtyä jo ennen kuin lait tulevat voimaan.

4 Suhde perustuslakiin ja säättämisjärjestys

Siltä osin kuin ehdotukset koskevat kunnallista toimintaa, on niiden osalta arvioitava ehdotettujen säännösten suhde perustuslain 121 §:ssä säädettyyn kunnalliseen itsehallintoon. Perustuslain 121 §:n 2 momentin mukaan kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin sisältyy jo nykyisellään kunnalle ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymille säädettyjä velvoitteita järjestää terveyspalveluja asukkailleen. Esityksen mukaan terveydenhuoltolaissa yhdistetään kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain toiminnan ja palvelujen sisältöä koskevat säännökset uudeksi terveydenhuoltolaiksi. Lisäksi esitykseen sisältyvät muutokset kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidolakiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin.

Hallituksen käsityksen mukaan ehdotetut lait eivät loukkaa perustuslaissa säädettyjä perusoikeuksia eivätkä kunnallista itsehallintoa siten, että ne rajoittaisivat kuntalaisille kuuluvaa oikeutta päättää kuntansa hallinnosta ja taloudesta. Sairaanhoitopiirin yhteisen potilasrekisterin perustaminen ja siihen liittyvän potilaan suostumuksen sääntely, hoitopaikan valinta, hoitotakuun täsmentäminen ja lasten- ja nuorten psykiatristen palvelujen ikärajan täsmentäminen sisältävät kuitenkin perusoikeuksiin liittyviä näkökohtia. Sen vuoksi hallitus pitää suotavana, että näiden säännösten periaatteellisen merkityksen vuoksi pyydetään perustuslakivaliokunnan lausunto. Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotukset voidaan käsitellä tavallisessa lainsäätämisyjärjestyksessä.

Edellä esitetyn perusteella annetaan Eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

Terveystenhuoltolaki

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 luku

Yleiset säännökset

1 §

Soveltamisala

Tätä lakia sovelletaan kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveystenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido.

Mitä tässä laissa säädetään kunnasta, koskee vastaavasti kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annetussa laissa (169/2007) tarkoitettua yhteistoiminta-aluetta.

Tätä lakia ei sovelleta Ahvenanmaan maakunnassa lukuun ottamatta terveydenhuollon toimintayksikölle suoritettavaa koulutuskorvausta, josta säädetään 60 ja 63 §:ssä.

2 §

Lain tarkoitus

Lain tarkoituksena on:

1) edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta;

2) kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja;

3) toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta;

4) vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä; sekä

5) vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.

3 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

1) terveyden edistämällä yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla;

2) perusterveydenhuollolla kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidtoa, kotisai-

raanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa; perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö;

3) erikoissairaanhoidolla lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja;

4) erityistason erikoissairaanhoidolla sairaanhoitoa, joka sairauden harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella on sellaiseksi valtioneuvoston asetuksella säädetty;

5) sosiaalihuollolla sosiaalihuoltolain (710/1982) 13 §:n 1 momentissa tarkoitettuja tehtäviä ja mainitun pykälän 2 momentissa tarkoitettua sosiaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämistä;

6) erityisvastuualueella kahden tai useamman sairaanhoitopiirin muodostamaa erikoissairaanhoidolain 9 §:n mukaan määrättyä aluetta.

4 §

Terveydenhuollon toimintaedellytykset

Kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

Toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä.

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Terveydenhuoltoa varten kunnalla tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on oltava käytettävissään asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet.

5 §

Täydennyskoulutusvelvoite

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö, mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja, osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää täydennyskoulutukseen sisältyvistä asioista ja seurannasta.

6 §

Terveydenhuoltopalvelujen kieli

Yksikielisen kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelunsa kunnan tai kuntayhtymän kielellä. Kaksikielisen kunnan ja kaksikielisiä tai sekä suomen- että ruotsinkielisiä kuntia käsittävän kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelunsa suomen ja ruotsin kielellä siten, että asiakas ja potilas saavat palvelut valitsemallaan kielellä. Potilaan ja asiakkaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä.

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on lisäksi huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat terveydenhuoltopalveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tällöin mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

Oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään saamen kielilaissa (1086/2003).

7 §

Yhtenäiset hoidon perusteet

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista kunnissa ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymissä.

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on yhteistyössä seurattava yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista.

8 §

Laatu ja potilasturvallisuus

Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita.

Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään asioista, joista on suunnitelmassa sovittava.

9 §

Potilastietorekisteri ja potilastietojen käsittely

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueen kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodos-

tavat terveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin. Yhteisen potilastietorekisterin rekisterinpitäjänä ovat kaikki rekisteriin liittyneet terveydenhuollon toimintayksiköt niiden omien potilasasiakirjojen osalta.

Potilasta hoitava terveydenhuollon toimintayksikkö saa käyttää yhteisessä potilastietorekisterissä olevia toisen toimintayksikön tietoja potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa. Yhteiseen potilastietorekisteriin liittyneiden terveydenhuollon toimintayksiköiden välinen potilastietojen käyttö ei edellytä potilaan nimenomaista suostumusta. Potilaalla on kuitenkin oikeus kieltää toisen toimintayksikön tietojen käyttö. Potilas saa tehdä ja peruuttaa kiellon milloin tahansa.

Kielto-oikeuden mahdollistamiseksi potilaalle on annettava selvitys yhteisestä potilastietorekisteristä, tietojen käsittelystä ja hänen mahdollisuudestaan kieltää toimintayksiköiden välinen tietojen luovutus. Selvitys on annettava ennen ensimmäistä toimintayksiköiden välistä tietojen luovutusta. Potilasasiakirjoihin on merkittävä tieto potilaalle annetusta selvityksestä sekä hänen tekemistään luovutuskieelloista.

Käytettäessä toisen terveydenhuollon toimintayksikön tietoja tietojärjestelmien välityksellä, on potilastietojen käyttöä seurattava sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) 5 §:n edellyttämällä tavalla. Hoitosuhde potilaan ja luovutuspyynnön tekijän välillä on varmistettava tietoteknisesti.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on vastattava yhteisen potilastietorekisterin edellyttämistä koordinoitavista sekä huolehdittava siitä, että tietojärjestelmien välityksellä tapahtuvissa tietojen luovutuksissa noudatetaan 2 ja 3 momentissa säädettyjä velvoitteita. Kukin terveydenhuollon toimintayksikkö vastaa omassa toiminnassaan syntyneiden potilasasiakirjojen rekisterinpidosta henkilö-tietolain (523/1999) mukaisesti.

10 §

Palvelujen saavutettavuus ja yhdenvertainen saatavuus

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut si-

sällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät.

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saataavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan.

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuoltopalvelut alueellaan lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi.

2 luku

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen

11 §

Terveys- ja hyvinvointivaikutusten huomioon ottaminen

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on päätöksenteon ja ratkaisujen valmistelussa arvioitava ja otettava huomioon tehtävien päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

12 §

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnassa

Kunnan on seurattava asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain, minkä lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava laajempi hyvinvointikertomus.

Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tu-

kevat toimenpiteet ja käytettävä näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysosoittimia.

Kunnan on nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Kunnan eri toimialojen on tehtävä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Lisäksi kunnan on tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten tahojen sekä ja yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Jos sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestetty useamman kunnan yhteistoimintana, yhteistoiminta-alueen on osallistuttava asiantuntijana eri toimialojen väliseen yhteistyöhön sekä sosiaalisten ja terveysvaikutusten arviointiin alueen kunnissa.

13 §

Terveysneuvonta ja terveystarkastukset

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Terveysneuvonta on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin.

Kunnan on järjestettävä tarpeelliset terveystarkastukset alueensa asukkaille heidän terveytensä ja hyvinvointinsa seuraamiseksi ja edistämiseksi. Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on tuettava työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistettävä mielenterveyttä ja elämänhallintaa. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset on järjestettävä myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille myös ehkäisyneuvontaa ja muita seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluja.

Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus muiden kunnan järjestämien palvelujen kanssa.

14 §

Seulonnat

Kunnan on järjestettävä alueellaan valtakunnallisen seulontaohjelman mukaiset seulonnot. Kunta voi lisäksi järjestää seulontoja ja terveystarkastuksia tietyn taudin tai sen

esiasteen toteamiseksi tai taudin aiheuttajan löytämiseksi.

15 §

Neuvolapalvelut

Kunnan on järjestettävä alueensa raskaana olevien naisten, lasta odottavien perheiden sekä alle oppivelvollisuusikäisten lasten ja heidän perheidensä neuvolapalvelut.

Neuvolapalveluihin sisältyvät:

1) sikiön terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin sekä raskaana olevan ja synnyttäneen naisen terveyden määrääjain toteuttava ja yksilöllisen tarpeen mukainen seuranta ja edistäminen;

2) lapsen terveen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta ensimmäisen ikävuoden aikana keskimäärin kuukauden välein ja sen jälkeen vuosittain sekä yksilöllisen tarpeen mukaisesti;

3) lapsen suun terveydentilan seuranta vähintään joka toinen vuosi;

4) vanhemmuuden ja perheen muun hyvinvoinnin tukeminen;

5) lapsen kodin ja muun kasvu- ja kehitysympäristön sekä perheen elintapojen terveellisuuden edistäminen;

6) lapsen ja perheen erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä lapsen ja perheen tukeminen ja tarvittaessa tutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen.

Kunnan perusterveydenhuollon on neuvolapalveluja järjestäessään toimittava yhteistyössä varhaiskasvatuksesta, lastensuojelusta ja muusta sosiaalihuollosta, erikoissairanhoidosta vastaavien sekä muiden tarvittavien tahojen kanssa.

16 §

Kouluterveydenhuolto

Kunnan on järjestettävä kouluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille. Kouluterveydenhuoltoon kuuluu myös oppi-

laan työelämään tutustuttamisen aikainen terveydenhuolto.

Kouluterveydenhuollon palveluihin sisältyvät:

1) kouluympäristön terveellisuuden ja turvallisuuden sekä kouluyhteisön hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta kolmen vuoden välein;

2) vuosiluokittain oppilaan kasvun ja kehityksen sekä terveyden ja hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen;

3) oppilaan vanhempien ja huoltajien kasvatustyön tukeminen;

4) oppilaan suun terveydenhuolto johon sisältyvät suun terveystarkastukset vähintään kolme kertaa ja yksilöllisen tarpeen mukaisesti;

5) oppilaan erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen ja tukeminen sekä pitkäaikaisesti sairaan lapsen omahoitoon tukeminen yhteistyössä muiden oppilashuollon toimijoiden kanssa sekä tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen;

6) oppilaan terveydentilan toteamista var-
ten tarpeelliset erikoistutkimukset.

Kunnan on kouluterveydenhuoltoa järjestäessään toimittava yhteistyössä vanhempien ja huoltajien kanssa sekä muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön ja muiden tarvittavien tahojen kanssa.

Kouluterveydenhuolto on osa perusopetuslain (628/1998) 31 a §:n 2 momentin mukaisia oppilashuollon palveluja. Kunnan perusterveydenhuollosta vastaavan viranomaisen on osallistuttava perusopetuslain 15 §:n mukaisen opetussuunnitelman laatimiseen siltä osin kuin se koskee oppilashuoltoa sekä oppilaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä.

Kunta vastaa oppilaan ja tarpeellisen saattajan kouluterveydenhuoltoon liittyvästä matkasta aiheutuneista kohtuullisista kustannuksista, jos matkaa ei ole mahdollista yhdistää koulumatkaan.

Jos erikoistutkimukset on hankittu kouluterveydenhuollon piiriin kuuluvalla oppilaalle, joka ei ole terveyskeskusta ylläpitävän kunnan asukas, oppilaan kotikunnan on suoritettava erikoistutkimuksen hankkineelle terveyskeskukselle korvaus tutkimuksesta sekä oppilaan ja tarpeellisen saattajan matkasta aiheutuneista kohtuullisista kustannuksista.

17 §

Opiskeluterveydenhuolto

Kunnan perusterveydenhuollon on järjestettävä opiskeluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien lukioiden, ammatillista peruskoulutusta antavien oppilaitosten sekä korkeakoulujen ja yliopistojen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan kunnan suostumuksella järjestää myös muulla Sosi- aali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston hyväksymällä tavalla. Opiskeluterveydenhuoltoon kuuluu myös opiskelijan työharjoittelun aikainen terveydenhuolto.

Opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät:

1) opiskeluympäristön terveellisuuden ja turvallisuuden sekä opiskeluyhteisön hyvinvoinnin edistäminen sekä seuranta kolmen vuoden välein;

2) opiskelijoiden terveyden ja hyvinvoinnin sekä opiskelukyvyn seuraaminen ja edistäminen, johon sisältyvät lukion ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille kaksi määräaikaista terveystarkastusta ja kaikille opiskelijoille terveystarkastukset yksilöllisen tarpeen mukaisesti;

3) terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen järjestäminen opiskelijoille, mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edistäminen ja suun terveydenhuolto mukaan lukien;

4) opiskelijan erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä opiskelijan tukeminen ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon ohjaaminen.

Kunnan perusterveydenhuollon on opiskeluterveydenhuollon palveluja järjestäessään toimittava yhteistyössä alaikäisen opiskelijan vanhempien ja huoltajien, muun opiskelijahuolto- ja opetushenkilöstön sekä muiden tarvittavien tahojen kanssa.

Opiskeluterveydenhuolto on osa ammatillisesta koulutuksesta annetun lain (630/1998) 37 a §:n ja lukiolain (629/1998) 29 a §:n mukaista opiskelijahuoltoa. Kunnan perusterveydenhuollosta vastaavan viranomaisen tulee osallistua lukiolain 11 §:n ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 14 §:n mukaisen opetussuunnitelman laatimiseen siltä

osin, kun se koskee opiskelijahuoltoa sekä oppilaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä.

18 §

Työterveyshuolto

Kunnan on järjestettävä alueellaan sijaitsevissa työpaikoissa työskenteleville työntekijöille työterveyshuoltolain (1383/2001) 12 §:ssä ja muualla laissa säädetty työterveyshuoltopalvelut.

Kunnan on järjestettävä alueellaan toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville soveltuvin osin työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja sen nojalla annetuissa sääöksissä tarkoitettua työterveyshuoltoa.

Kunta voi sopia alueellaan toimivan työnantajan kanssa siitä, että kunnan terveyskeskus järjestää työnantajan palveluksessa oleville työntekijöille työterveyshuoltolain 14 §:ssä tarkoitettuja sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Vastaavanlainen sopimus voidaan tehdä myös yrittäjän ja muun omaa työtään tekevän kanssa.

19 §

Merenkulkijoiden terveydenhuolto

Haminan, Helsingin, Kemin, Kotkan, Oulun, Pietarsaaren, Porin, Rauman, Savonlinnan, Turun ja Vaasan on:

1) ylläpidettävä merenkulkijoille näiden kotipaikasta riippumatta terveydenhuoltopalveluja, joihin kuuluu suun terveydenhuolto;

2) tuotettava merenkulkijoille varustamon sijaintipaikkakunnasta riippumatta työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja muualla laissa säädetty työterveyshuoltopalvelut.

20 §

Iäkkäiden neuvontapalvelut

Kunnan on järjestettävä alueellaan asuville vanhuuseläkettä saaville henkilöille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja.

Neuvontapalveluihin sisältyvät:

1) terveellisten elintapojen edistämiseen sekä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn tähtäävä neuvonta;

2) iäkkään kuntalaisen terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä aiheutuvien terveydellisten ongelmien tunnistaminen ja niihin liittyvä varhainen tuki;

3) sairaanhoitoa ja turvallista lääkehoitoa koskeva ohjaus.

Kunta voi lisäksi järjestää iäkkäille asukkaillaan terveyttä edistäviä terveystarkastuksia ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä kunnassa erikseen sovitulla tavalla. Kunnan perusterveydenhuollon on järjestäessään iäkkäiden neuvontapalveluja ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä toimittava yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa.

21 §

Ympäristöterveydenhuolto

Kunnan on järjestettävä ympäristöterveydenhuollon palvelut alueellaan sen mukaan mitä ympäristöterveydenhuollon yhteistointialueesta annetussa laissa (410/2009) säädetään.

Ympäristöterveydenhuollosta säädetään terveydensuojelulaissa (763/1994), elintarvikelaissa (23/2006), kemikaalilaissa (744/1989), toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetussa laissa (693/1976), kulutustavaroiden ja kuluttajapalvelusten turvallisuudesta annetussa laissa (75/2004) ja eläinlääkintähuoltolaissa (765/2009).

22 §

Todistukset

Kunta on velvollinen huolehtimaan siitä, että sen asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun todistuksen tai lausunnon tarve perustuu lakiin, taikka on asukkaan tai potilaan hoidon, toimeentulon, opiskelun tai muun vastaavan syyn kannalta välttämätöntä.

23 §

Asetuksenantovaltuus

Valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä asioista, jotka on sisällytettävä opiskeluterveydenhuoltoon, lasten ja nuorten ehkäisevään suun terveydenhuoltoon sekä terveysneuvontaan ja määräaikaan terveystarkastuksiin neuvolapalveluissa ja kouluterveydenhuollossa. Lisäksi voidaan antaa tarkempia säännöksiä kouluterveydenhuoltoon sisältyvistä erikoistutkimuksista sekä seulonnoista. Valtioneuvoston asetuksella säädetään tarkemmin myös opiskeluterveydenhuoltoon oikeutetuista oppilaitosten opiskelijoista.

3 luku

Sairaanhoito

24 §

Sairaanhoito

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät:

1) sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, hoito sekä tarpeellinen lääkinnällinen kuntoutus;

2) sairauksien ehkäiseminen, parantaminen ja kärsimysten lievittäminen;

3) ohjaus, jolla tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa;

4) erityistä tukea, tutkimusta ja hoitoa tarvitsevan potilaan terveysongelmien varhainen tunnistaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaaminen.

Sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. Hoito toteutetaan avohoidossa silloin, kun se on potilasturvallisuus huomioiden ottaen mahdollista.

Hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on laadittava potilaan asemasta ja oikeuksista

annetun lain (785/1992) 4 a §:n mukainen hoito- tai kuntoutussuunnitelma.

25 §

Kotisairaanhoido

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoido. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

Kotisairaalahoido on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

26 §

Suun terveydenhuolto

Kunnan on järjestettävä asukkailleen suun terveydenhuollon palvelut. Hoidon jaksottaiselle toteutukselle on oltava hammaslääketieteelliset perusteet. Suun terveydenhuollon palveluihin sisältyvät:

- 1) väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta;
- 2) terveysneuvonta ja terveystarkastukset,
- 3) suun sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito
- 4) potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen.

Kunnan perusterveydenhuollon on suun terveydenhuoltoa järjestäessään toimittava yhteistyössä erikoissairaanhoidon, muun terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon henkilöstön kanssa.

27 §

Mielenterveystyö

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen.

Tässä laissa tarkoitettuun mielenterveystyöhön kuuluu:

- 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki;
- 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa;
- 3) mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta.

Terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.

Mielenterveystyöstä säädetään lisäksi mielenterveyslaissa (1116/1990).

28 §

Päihdetyö

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä.

Tässä laissa tarkoitettuun päihdetyöhön kuuluu:

- 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä ohjaus ja neuvonta, joka koskee päihteettömyyttä suojaavia ja sitä vaarantavia tekijöitä sekä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä; sekä
- 2) päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut.

Terveysthuollossa tehtävä päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveyshuollossa.

Päihdetyöstä säädetään lisäksi päihdehuoltolaissa (41/1986).

29 §

Lääkinnällinen kuntoutus

Kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluu:

- 1) kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus;
- 2) potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi;
- 3) kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia;
- 4) toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet;
- 5) apuvälinepalvelut;
- 6) sopeutumisvalmennus;
- 7) 1-6 kohdassa tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- tai avohoidossa.

Kunta vastaa potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön.

Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää 1 momentissa tarkoitettua kuntoutusta, jos lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen on Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista annetun lain (566/2005) 9 §:n perusteella Kansaneläkelaitoksen tehtävänä. Kunnan on kuitenkin järjestettävä kuntoutussuunnitelmassa määritelly lääkinällinen kuntoutus, jos kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuu ei selkeästi ole osoitettavissa. Jos järjestämis- ja kustannusvastuu kuuluu kuitenkin Kansaneläkelaitokselle, on sen suoritettava kunnalle kuntou-

tuksen toteuttamisesta aiheutuneet kustannukset.

Mitä 1 momentissa on säädetty lääkinällisestä kuntoutuksesta, ei sovelleta apuvälineiden hankkimisesta, niiden käytön opetuksesta, huollosta ja uusimisesta aiheutuviin kustannuksiin, jos apuvälineen tarve perustuu tapaturmavakuutuslain (608/1948), maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain (1026/1981), sotilasvammalain (404/1948), liikennevakuutuslain (279/1959) tai näitä vastaavan aikaisemman lain mukaiseen vahinkoon tai ammattitautiin.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä apuvälineiden käyttöön luovutuksen perusteista.

30 §

Yhteistyö ja ohjaus muuhun kuntoutukseen

Jos henkilö tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty kunnan tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää perusterveydenhuollossa, kunnan tehtävänä on huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista. Henkilö on ohjattava tarpeen mukaan sairaanhoitopiiriin, sosiaali-, työhallinto- tai opetusviranomaisen taikka Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palvelujen piiriin yhteistyössä näitä palveluja järjestävien tahojen kanssa.

Palvelujen yhteensovittaminen muiden kuntoutusta antavien tahojen kanssa määritellään potilaan yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Laissa kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003) säädetään eri hallinnonalojen yhteistyöstä ja asiakkaan asemaa koskevista periaatteista sekä yhteistyössä noudatettavista menettelytavoista.

31 §

Virka-apu

Kunnan perusterveydenhuollon on annettava poliisille virka-apua elävän henkilön kliinisen tutkimuksen ja vainajan ulkonaisen ruumiintarkastuksen suorittamiseksi.

Kunnan on lisäksi annettava vankeinhoito- viranomaisille virka-apua elävän henkilön

kliinisen tutkimuksen suorittamiseksi vankeuslain (767/2005) 16 luvun 6 §:ssä ja tutkintavankeuslain (768/2005) 11 luvun 6 §:ssä tarkoitetuissa tapauksissa. Samoin kunta on velvollinen määräämään perusterveydenhuollon lääkärin toimimaan lääkärinä asevelvollisten tarkastuksissa kutsuntaviranomaisten pyydettyä sitä kansanterveyslain 6 §:n 1 momentissa tarkoitettulta toimielimeltä.

4 luku

Terveydenhuollon yhteistyö ja alueelliset palvelut

32 §

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö

Kunnan perusterveydenhuollon tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on oltava terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä tämän lain mukaisia terveydenhuoltopalveluja järjestäessään, sen lisäksi mitä tässä laissa muualla säädetään, sellaisessa yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa, jota tehtävien asianmukainen hoitaminen sekä potilaan hoidon ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve edellyttävät.

33 §

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on velvollinen yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoitoa siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Kokonaisuudessa on huomioitava erikoissairaanhoidon palvelujen tarjoaminen tarkoituksenmukaisesti perusterveydenhuollon yhteydessä sekä erikoissairaanhoidon yksiköissä.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on annettava alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palve-

luja, joita perusterveydenhuollon ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastattava kunnallisen terveydenhuollon tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta.

Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan tehtäväalansa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta sekä kunnallisen terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteensovittamisesta. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein.

34 §

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma

Samaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunnitelmasta on neuvoteltava sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa.

Suunnitelmassa on sovittava kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lääkahuollon ja muiden toimijoiden kesken.

Suunnitelma on laadittava valtuustokausittain ja hyväksyttävä sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Suunnitelman hyväksymisen edellytyksenä on, että kuntayhtymään kuuluvista jäsenkunnista vähintään kaksi kolmanesta sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Kuntien ja kuntayhtymän on yhdessä arvioitava suunnitelman toteutumista vuosittain sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä asioista, joista on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa.

35 §

Perusterveydenhuollon yksikkö

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveysalan asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista 34 §:n mukaisesti.

Perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta ja huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta.

36 §

Terveysten, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen alueellisesti

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tarjottava asiantuntemusta ja tukea kunnille järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja sekä levittämällä kuntien käyttöön sairauksien ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä.

Terveysten ja hyvinvoinnin edistämisen alueelliset strategiat ja suunnitelmat, on valmisteltava yhteistyössä kuntien kanssa ottaen huomioon kunnan eri toimialojen toiminta.

37 §

Terveyskeskusten kehittäminen, koulutus ja tutkimus

Terveyskeskuksen on huolehdittava asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Kunnan on osoitettava tähän riittävät voimavarat. Terveyskeskuksen on toimittava yhteistyössä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön sekä muiden terveyskeskusten kanssa. Terveyskeskuksen on osallistuttava yhdessä

perusterveydenhuollon yksikön kanssa kansalliseen perusterveydenhuollon kehittämiseen.

Yliopiston lääketieteellisen, hammaslääketieteellisen ja terveystieteellisen koulutusyksikön opettaja tai ammattikorkeakoulun terveysalan opettaja voi toimia suostumuksensa mukaisesti terveyskeskuksen sivutoimisessa virassa.

Terveyskeskusta voidaan käyttää terveydenhuoltohenkilökunnan koulutukseen siten kuin korkeakoulun taikka koulutuksesta vastaavan muun viranomaisen tai yhteisön ja kunnan välillä sovitaan.

Terveyskeskusta ylläpitävän kunnan kansanterveystyötä tekevä viranhaltija on velvollinen osallistumaan 1 momentissa tarkoitetun koulutuksen antamiseen siten kuin siitä asianomaisen terveyskeskuksen ja koulutuksen järjestäjän välisessä sopimuksessa tarkemmin määrätään.

38 §

Terveyskeskusten alueellinen varautuminen ja valtion osallistuminen valmiuden ylläpitämiseen

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on päätettävä yhteistyössä alueensa kuntien kanssa terveydenhuollon alueellisesta varautumisesta suuronnettomuuksiin ja terveydenhuollon erityistilanteisiin. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on lisäksi velvollinen laatimaan yhteistyössä alueensa kuntien kanssa terveydenhuollon alueellisen valmiussuunnitelman.

Valtio voi osallistua terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen rahoittamalla sellaista toimintaa, jonka korvaaminen valtion varoista on erityisestä syystä tarkoituksenmukaista. Toimintaa varten sosiaali- ja terveysministeriö voi nimetä ja valtuuttaa valtakunnallisia toimijoita.

39 §

Ensihoitopalvelun järjestäminen

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhdessä

teistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi järjestää ensihoitopalvelun alueellaan tai osassa sitä hoitamalla toiminnan itse, järjestämällä ensihoitopalvelun yhteistoiminnassa alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa taikka hankkimalla palvelun muulta palvelun tuottajalta.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu on toteutettava tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä on otettava huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet.

40 §

Ensihoitopalvelun sisältö

Ensihoitopalveluun sisältyy:

1) äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella lukuun ottamatta meripelastuslaissa (1145/2001) tarkoitettuja tehtäviä ja tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön;

2) tarvittaessa potilaan, hänen läheisensä ja muiden tapahtumaan osallisten ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin;

3) osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen suuronnettomuuksien ja terveydenhuollon erityistilanteiden varalle yhdessä muiden viranomaisten ja toimijoiden kanssa; ja

4) virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi päättää palvelutasopäätöksessä ensivastetoiminnan

sisällyttämisestä osaksi ensihoitopalvelua. Ensivastetoiminnalla tarkoitetaan hätäkeskuksen kautta hälytettävissä olevan muun yksikön kuin ambulanssin hälyttämistä äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan tavoittamisviiveen lyhentämiseksi ja yksikön henkilöstön antamaa hätäensiapua, joka on määriteltä ensihoidon palvelutasopäätöksessä.

41 §

Asetuksenantovaltuus

Ensihoitopalvelun tehtävistä, ensihoidon palvelutasopäätöksen määrittelyn perusteista ja rakenteesta, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön tehtävien määrittelyn perusteista ja koulutusvaatimuksista, ensihoitopalvelun perus- ja hoitotason määrittelmistä sekä ensivastetoiminnasta säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

5 luku

Erityisvastuualue

42 §

Erityisvastuualueen tehtävät

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoito. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, on järjestettävä erityistason sairaanhoito erikoissairaanhoitolain 9 §:ssä tarkoitettulla vastualueellaan.

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä huolehdittava samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa sekä tieteellisen tutkimuksen ja kehittämisen järjestämisessä.

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto, tietojärjestelmäratkaisut, lääkinnällinen kuntoutus ja erilaiset hankinnat. Lisäksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiiri-

en on sovittava yhteen koulutusviranomais-
ten ja työhallinnon kanssa terveydenhuollon
henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulu-
tusta sekä maakuntien liittojen kanssa työ-
voiman kysyntää ja koulutustarjontaa.

43 §

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimus

Erikoissairaanhoidon yhteen sovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kun-
tatyhtymien on tehtävä erikoissairaanhoidon
järjestämissopimus. Sopimus on laadittava
kunnallisvaltuustokausittain. Sopimuksen to-
teutumista on arvioitava vuosittain yhteis-
työssä alueen kuntien ja sairaanhoitopiirien
kesken sekä tehtävä siihen tarvittaessa muu-
tokset.

Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuk-
sessa on sovittava erityisvastuualueeseen
kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntatyhtymien
työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta
sekä uusien menetelmien käyttöönoton peri-
aatteista. Työnjaon on edistettävä terveyden-
huollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikut-
tavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Työnja-
ossa on lisäksi varmistettava, että järjestä-
missopimuksen mukaan hoitoa antavassa
toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja
henkilöstövoimavarat sekä osaaminen.

Sairaanhoitopiirien kuntatyhtymien on hy-
väksyttävä järjestämissopimus kuntalain
(365/1995) 81 §:n 1 momentissa tarkoitetus-
sa toimielimessä.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa
tarkempia säännöksiä asioista, joista on so-
vittava erikoissairaanhoidon järjestämisso-
pimuksessa. Jos kuntatyhtymät eivät pääse
sopimukseen erikoissairaanhoidon järjestä-
misestä tai jos järjestämissopimus ei täytä 2
momentissa tarkoitettuja edellytyksiä, valtio-
neuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä.

44 §

*Eri erityisvastuualueisiin kuuluvien sairaan-
hoitopiirien kuntatyhtymien yhteistyö*

Eri erityisvastuualueeseen kuuluvat sai-
raanhoitopiirin kuntatyhtymät voivat tehdä
erikoissairaanhoidon yhteistoiminnasta so-

pimuksen, jos se on tarpeen suomen-, ruot-
sin- tai saamenkielisen potilaan kielellisten
oikeuksien turvaamiseksi tai terveydenhuol-
lon palvelujen työnjaon toteuttamiseksi.

45 §

Erikoissairaanhoidon keskittäminen

Osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista
toimenpiteistä ja hoidosta voidaan keskittää
valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualu-
eille. Valtioneuvoston asetuksella säädetään
siitä, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoi-
dot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon.
Valtioneuvoston asetuksella säädetään lisäksi
valtakunnallisesta ja alueellisesta erityistason
sairaanhoidon keksittämisestä ja niistä kun-
nallisen terveydenhuollon toimintayksiköistä,
joiden on vastattava keskitettävästä erityista-
son sairaanhoidosta. Jos valtakunnallisesti
keskitettävät erityistason sairaanhoidon pal-
velut on tarkoituksenmukaisinta hankkia yk-
sityisiltä palvelujen tuottajalta tai ulkomailta,
voidaan valtioneuvoston asetuksella määri-
tellä palvelujen tuottajan toiminnalle asetet-
tavat laatuvaatimukset ja muut hoidon
asianmukaisuuden varmistamiseksi asetetta-
vat vaatimukset.

46 §

Ensihoitokeskus

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien
kuntatyhtymien on sovittava ensihoitokeskuk-
sen tehtävien järjestämisestä erikoissairaan-
hoidon järjestämissopimuksessa. Ensihoito-
keskuksen tehtävänä on:

- 1) vastata alueensa ensihoitopalvelun lää-
käritasoisesta päivystyksestä;
- 2) suunnitella ja päättää lääkärihelikopteri-
toiminnasta erityisvastuualueellaan;
- 3) sovittaa yhteen alueensa hoitolaitosten
väliset suunnitellut potilassiirrot;
- 4) vastata sosiaali- ja terveystoimen viran-
omaisradioverkon aluepääkäyttötoiminnoista
sekä osaltaan viranomaisten kenttätietojärjes-
telmän ylläpidosta; ja
- 5) sovittaa yhteen Hätäkeskuslaitokselle
annettavat terveystoimen hälytysohjeet.

Ensihoitokeskuksen tehtävistä voidaan antaa tarkempia säännöksiä tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

6 luku

Hoitoon pääsy

47§

Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta

Henkilö voi valita, mistä kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta hän saa 2 ja 3 luvussa tarkoitetut terveydenhuollon palvelut. Terveysaseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveysasemalle, jota henkilö käyttää että sille, jonka hän valitsee. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveysasemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta.

Jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisten tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen muuttumatta. Henkilön on tehtävä ilmoitus valinnastaan siten kuin 1 momentissa säädetään.

Jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi, että henkilö tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluja, henkilö voi valita hoidon antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön erityisvastuualueella, jossa hänellä on kotikunta. Valinta voi kohdistua muuhunkin erityisvastuualueeseen, jos se on tarpeen suomen-, ruotsin- tai saamenkielisen potilaan kielellisten oikeuksien turvaamiseksi. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.

Pykälän 2 momentissa mainituissa tilanteissa henkilö voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen erikoissairaanhoidon toteuttamiseen muun kuin kuntansa erityisvastuualueen kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayk-

sikön palveluja hoitovastuun siirtymättä. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.

Erityisvastuualueella olevan korkeakoulun sekä muun oppilaitoksen opiskelijalle annetaan sinä aikana, jonka hän opiskelun vuoksi joutuu oleskelemaan muulla erityisvastuualueella, sairaanhoitoa tämän erityisvastuualueen sairaanhoitopiirin sairaalassa tai muussa toimintayksikössä. Sama koskee henkilöä, joka työnsä vuoksi joutuu oleskelemaan vieraalla paikkakunnalla tai kun muu seikka välttämättä vaatii sairaanhoidon antamista muun erityisvastuualueen sairaanhoitopiirissä.

48 §

Laajennettu kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta

Henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen terveysaseman 2 ja 3 luvussa tarkoitettujen palvelujen saamiseksi. Valinnasta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä hoitovastuussa olevan kunnan että valitun kunnan terveyskeskukselle. Hoitovastuu siirtyy valitun kunnan terveyskeskukselle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Henkilön valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveyskeskukseen ja terveysasemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. Valinta ei koske 16 §:ssä tarkoitettua kouluterveydenhuoltoa, 17 §:ssä tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa eikä pitkäaikaista laitoshoidoa. Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää tämän lain 25 §:ssä tarkoitettua kotisairaanhoitoa oman alueensa ulkopuolelle.

Jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi, että henkilö tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluja, henkilö voi valita hoidon antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.

49 §

Muu valinnan mahdollisuus

Potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. Potilaan jatkohoito on toteutettava siten, että hänet ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin hoitoon, aina kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista.

50 §

Kiireellinen hoito

Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireelliseen hoitoon otettu potilas voidaan siirtää hänen kotikuntansa perusteella määräytyvään jatkohoitopaikkaan, kun potilasturvallisuus ja vastaanottavan yksikön mahdollisuus järjestää tarpeellinen jatkohoito on varmistettu.

Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Päivystyspisteistä ja niiden työnjaosta on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja vaativan erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Päivystyspisteistä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä kiireellisen hoidon ympärivuorokautinen laatu ja potilasturvallisuus.

Kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä voidaan tarvittaessa säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

51 §

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy

Kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-

aikana välittömästi yhteyden terveystieteeseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteeseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perusteluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

52 §

Erikoissairaanhoitoon pääsy

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. Henkilön ottaminen sairaalaan kiireetöntä sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä.

Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Jos henkilöllä todettu sairaus tai oire on tarkoituksenmukaisinta hoitaa terveyskeskuksessa, on hänet ohjattava hoitoon asianomaiseen terveyskeskukseen ja annettava terveyskeskukselle tarpeelliset hoito-ohjeet.

53 §

Hoitoon pääsy lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamistai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellyttä.

54 §

Kunnan tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän velvollisuus hankkia palveluja muualta

Jos kunta tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä ei voi itse antaa hoitoa 51 - 53 §:n mukaisissa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä

hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta.

55 §

Odotusaikojen julkaiseminen ja asetuksenantovaltuus

Kunnan ja sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän on julkaistava internetissä tiedot 51 - 53 §:n mukaisista odotusajoista neljän kuukauden välein. Jos kunnalla tai sairaanhoitopiirillä on useita toimintayksiköitä, on tiedot julkaistava erikseen kustakin toimintayksiköstä. Tiedot voi julkaista internetin lisäksi muulla kunnan tai kuntayhtymän päättämällä tavalla.

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsystä sekä odotusaikojen julkaisemisesta.

56 §

Ennakkolupa hoitoon hakeutumiseen EU- ja ETA-alueella tai Sveitsiin

Jos sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä ei voi järjestää Suomessa 52 ja 53 §:ssä tarkoitettua hoitoa säädetyissä enimmäisajoissa, sen on potilaan pyynnöstä annettava ennakkolupa hakeutua sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kustannuksella hoitoon Euroopan unionin tai Euroopan talousalueen jäsenvaltioon taikka Sveitsiin. Ennakkolupaa myönnettäessä on otettava huomioon potilaan senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku.

Ennakkolupaa koskevaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän päätökseen voidaan hakea muutosta siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

57 §

Vastuu toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidosta

Terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava vastaava lääkäri. Vastaavan lääkärin on

johdettava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa.

Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen toimintayksikköön päättää vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Kun kunta hankkii tässä laissa tarkoitettuja palveluja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitettua yksityiseltä palvelujen tuottajalta, kunnassa on oltava tarpeenmukainen henkilöstö terveydenhuollon toimintayksikölle kuuluvia julkisen vallan käyttämistä koskevia tehtäviä varten. Henkilön, jonka tehtäviin kuuluu julkisen vallan käyttäminen, on oltava virkasuhteessa kuntaan.

58 §

Potilaan kotikunnan vastuu hoidon kustannuksista

Jos terveydenhuollon toimintayksikössä on hoidettavana potilas, joka ei ole toimintayksikköä ylläpitävän kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymää ylläpitävän kunnan asukas, on sen kunnan tai kuntayhtymän, jolla on vastuu hoidon järjestämisestä, korvattava hoidosta aiheutuneet kustannukset, jollei hoitokustannusten korvaamisesta muualla toisin säädetä.

Korvauksen on perustuttava tuotteistukseen tai tuotehintaan, jolla terveydenhuollon toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa tai jolla kuntayhtymä laskuttaa jäsenkuntiansa. Korvauksesta vähennetään hoidosta potilaan suorittama asiakasmaksu ja muut palvelun tuottajan hoitoon liittyen saamat toimintatulot. Asiaksmaksu määräytyy sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) mukaisesti perustuen palvelun antavan kunnan päätökseen. Palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä voidaan säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

7 luku

Opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen

59 §

Valtion korvaus koulutuksesta yliopistolliselle sairaalalle

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, korvataan valtion varoista kustannuksia, jotka aiheutuvat lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Peruskoulutuksen korvaus lasketaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Erikoistumiskoulutuksen korvaus perustuu tutkintojen lukumäärään ja tutkinnosta määrättyyn korvaukseen.

Tutkintojen lukumäärään perustuvaa koulutuskorvausta ei kuitenkaan suoriteta eräistä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädettyistä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnoista. Jos tällaista koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sitä ylläpitävälle kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista korvausta koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin toteutuneiden koulutuskuukausien määrän perusteella.

Kukin lääkäri- tai hammaslääkärikoulutusta antava yliopisto ilmoittaa kalenterivuositain sosiaali- ja terveysministeriölle suoritettujen lääkäri- ja hammaslääkäritutkintojen määrän.

60 §

Valtion korvaus koulutuksesta muulle terveydenhuollon toimintayksikölle kuin yliopistolliselle sairaalalle

Jos lääkärin tai hammaslääkärin peruskoulutusta annetaan muussa terveydenhuollon toimintayksikössä kuin yliopistollisessa sairaalassa, sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, jossa on yliopistollinen sairaala, korvaa kustannukset asianomaiselle julkiselle palvelun tuottajalle tai muulle sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetylle palvelujen tuottajalle siten kuin siitä on osapuolten kesken sovittu.

Jos yliopisto käyttää lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutukseen muuta terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, kunnalle, kuntayhtymälle, valtion mielisairaalalle tai muulle sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetylle palvelujen tuottajalle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvaus yliopiston hyväksymän koulutusohjelman mukaisesta erikoistumiskoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin. Korvaus perustuu toteutuneisiin koulutuskuukausiin.

Sairaanhoitopiiriä tai terveyskeskusta ylläpitävälle kunnalle tai kuntayhtymälle sekä Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomaiselle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvaus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 14 §:ssä tarkoitettua palvelusta, lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetun asetuksen (1435/1993) 4 §:ssä tarkoitettua koulutuksesta ja siihen rinnastettavasta koulutuksesta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 6 §:ssä tarkoitettua lailistetun hammaslääkärin käytännön palvelusta ja siihen rinnastettavasta palvelusta johtuvista kustannuksista. Korvaus perustuu koulutuksessa olevien ja koulutuskuukausien määrään. Korvausta ei kuitenkaan suoriteta terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 14 §:ssä tarkoitettua palvelusta siltä osin kuin se ylittää kuusi kuukautta, jollei Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto edellytä tätä pidempää palvelua.

61 §

Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitus

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhteistyössä erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain.

Yliopistotasaiseen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille, jotka päättävät tutkimusrahoituksen osoittamisesta tutkimushankkeille. Rahoitusta maksetaan erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille so-

siaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Ministeriön päätös perustuu tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella.

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on perustettava alueelleen yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen tutkimustoimikunta, jossa on monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä. Tutkimustoimikunta päättää tutkimusrahoituksen myöntämisestä alueellaan hakemusten perusteella. Terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävä kunta, kuntayhtymä, valtion mielisairaala tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetty palvelujen tuottaja voivat hakea terveyden tutkimuksen rahoitusta.

62 §

Valtakunnallinen terveyden tutkimuksen arviointiryhmä

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa valtakunnallisen asiantuntijoista koostuvan terveyden tutkimuksen arviointiryhmän. Arviointiryhmän tehtävänä on arvioida terveyden tutkimuksen laatua, määrää ja tuloksellisuutta sekä painoalueiden ja tavoitteiden saavuttamista kuluneella nelivuotiskaudella ja tehdä sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotus yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen jakamisesta erityisvastuualueille seuraavana nelivuotiskautena.

63 §

Koulutuskorvauksen ja tutkimusrahoituksen maksaminen

Aluehallintovirasto ja Ahvenanmaan valtionvirasto maksavat valtion koulutuskorvauksen. Tutkintojen ja opinnot aloittaneiden opiskelijoiden määrään perustuva koulutuskorvaus maksetaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, ilman eri hakemusta.

Toteutuneisiin koulutuskuukausiin perustuva korvaus maksetaan puolivuositain ha-

kemusten perusteella. Ensimmäisen vuosipuoliskon osalta korvausta on haettava viimeistään saman vuoden 30 päivänä syyskuuta ja toisen vuosipuoliskon osalta viimeistään seuraavan vuoden 31 päivänä maaliskuuta. Aluehallintoviraston ja Ahvenanmaan valti-onviraston on ratkaistava määräajassa jätetty korvaushakemus sen kalenterivuoden aikana, jolloin hakemus on saapunut. Aluehallintovirasto maksaa kuukausittain tutkimusrahoituksen erityisvastuualueen tutkimustoimikunnalle, joka maksaa rahoituksen edelleen hankkeiden toteuttajille.

Muilta osin korvauksen maksamiseen ja muuhun menettelyyn sekä muutoksenhakuun liittyvissä asioissa noudatetaan soveltuvin osin, mitä valtionavustuslain (688/2001) 20 §:n 1 momentissa, 21, 24–26, 28 §:ssä, 29 §:n 2 momentissa, 30 ja 34 §:ssä säädetään.

64 §

Tietojenantovelvollisuus

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jossa on yliopistollinen sairaala, on annettava sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä selvitys siitä, miten se on käyttänyt saamansa koulutuskorvauksen.

Erityisvastuualueen tutkimustoimikunnan on annettava sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä selvitys siitä, mille tutkimushankkeille ja painoalueille rahoitusta on osoitettu.

65 §

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tilojen käyttäminen koulutus- ja tutkimustoimintaan

Yliopistolla on oikeus käyttää erikoissairaanhoitolain 24 §:ssä tarkoitettua yliopistolista sairaalaa lääketieteellisen koulutusyksikön koulutus- ja tutkimustoiminnan tarpeisiin.

Terveystenhooltohenkilökunnan koulutuksesta ja terveydenhuoltoalan tutkimuksesta huolehtivalla yliopistolla ja muulla sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjällä on

oikeus käyttää sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloita ja erillisiä toimintayksiköitä muunkin kuin 1 momentissa tarkoitetun terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen sen mukaan kuin siitä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja koulutus- ja tutkimustoimintaa harjoittavan koulutuksen järjestäjän kesken sovitaan.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että yliopiston ja muun sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjän käytettävissä on sellaiset koulutus- ja tutkimustoiminnassa tarvittavat huonetilat kiinteine koneineen ja laitteineen sekä koulutus- ja tutkimushenkilökunnan ja opiskelijoiden sosiaaliset tilat, jotka on välttämätöntä sijoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikköön.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän palveluksessa olevat terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat velvollisia osallistumaan terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoimintaan siten, kuin siitä sovitaan kuntayhtymän ja yliopiston tai muun koulutuksen järjestäjän kesken.

66 §

Asetuksenantovaltuus

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta suoritettavan korvauksen suuruudesta ja korvauksen maksamisen muista perusteista ja menettelystä sekä erikoislääkäri- ja erikois-hammaslääkäritutkinnoista, joista ei suoriteta tutkintojen lukumäärään perustuvaa korvausta, säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueista ja tavoitteista sekä tutkimusrahoituksen jakamisen muista perusteista ja menettelystä sekä yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen arviointiryhmän asettamisesta, kokoonpanosta ja tehtävistä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen ja yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista.

8 luku

Erinäisiä säännöksiä

67§

Laitoshoidon määrittely

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään siitä, milloin kunnallisessa terveydenhuollossa annettu hoito on laitoshoidoa sekä laitoshoidon määrittelyyn liittyvästä Kansaneläkelaitoksen ja kuntien välisestä neuvottelu- ja lausuntomenettelystä.

68 §

Lääkehoito

Laitoshoidon aikana potilaalle annettavat lääkkeet kuuluvat hoitoa antavan yksikön vastuulle. Terveyskeskuksen, sairaalan tai muun toimintayksikön avovastaanotolla annettavat lääkkeet kuuluvat toimintayksikön vastuulle silloin, kun lääkkeen antaa lääkäri tai hammaslääkäri taikka lääkärin tai hammaslääkärin valvonnassa muu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä siitä, milloin lääkkeen antaminen tapahtuu lääkärin tai hammaslääkärin valvonnassa.

69 §

Lastensuojelulain mukaiset velvoitteet

Jos lapsi tai nuori on sijoitettu lastensuojelulain perusteella kotikuntansa ulkopuolelle, on lastensuojelulain 16 b §:ssä tarkoitetun sijoituskunnan tai sen sairaanhoitopiirin, johon sijoituskunta kuuluu järjestettävä lapselle tai nuorelle hänen tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut. Palvelut on järjestettävä yhteistyössä lastensuojelulain 16 tai 17 §:n mukaan vastuussa olevan kunnan (sijoittajakunta) kanssa.

Järjestettäessä 1 momentissa tarkoitettulle lapselle tai nuorelle terveydenhuollon palveluja, hoitoon pääsy on järjestettävä 51 - 53 §:ssä tarkoitettujen hoitoon pääsyä koskevien säännösten mukaisesti.

Jos sijoituskunta tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on järjestänyt 1 momentissa tarkoitettuja palveluja, on sijoittajakunnan tai sen sairaanhoitopiirin, johon sijoittajakunta kuuluu suoritettava hoidon järjestäjälle aiheutuneita kustannuksia vastaava korvaus. Korvaus saa olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Korvuksesta vähennetään hoidosta suoritettu maksu ja muut toimintatulot.

70 §

Lapsen huomioon ottaminen aikuisille suunnatuissa palveluissa

Terveydenhuollon viranomaisten on järjestettävä välttämättömät palvelut raskaana olevien naisten ja syntyvien lasten erityiseksi suojelemiseksi. Palvelut on järjestettävä yhteistyössä sosiaalihuollon viranomaisten kanssa.

Lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja lapselle on turvattava riittävä hoito ja tuki, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen.

71 §

Puolustusvoimien terveydenhuolto

Kunta tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voivat sopia puolustusvoimien kanssa terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen antamisesta henkilöille, jotka ovat terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimista annetun lain (322/1987) 3 §:n 1 momentin perusteella puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla. Sopimuksen mukaiset tutkimukset ja hoito kiireellistä avosairaanhoitoa tai sairaanhoitoa lukuun ottamatta voidaan antaa eri perustein ja nopeammin kuin tämän lain mukaiset palvelut annetaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaille. Sopimuksen tekeminen ja sopimukseen perustuvien palvelujen antaminen eivät saa vaa-

rantaa kunnan tai kuntayhtymän lakisääteisten tehtävien hoitamista.

72 §

Puolustusvoimien korvaus

Puolustusvoimien on suoritettava kunnalle korvaus kutsunanalaisille perusterveydenhuollossa suoritetuista tarkastuksista, tutkimuksista ja toimenpiteistä sekä lääkärin osallistumisesta kutsuntatilaisuuteen. Korvaus on 50 prosenttia puolustusvoimien ja kunnan tekemän sopimuksen mukaisista kustannuksista. Jos kustannuksista ei ole sovittu, on korvaus 50 prosenttia palvelun tuottamisesta aiheutuneista kustannuksista.

Korvaus 71 §:n mukaisista palveluista määräytyy kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja puolustusvoimien tekemän sopimuksen perusteella. Jos korvauksesta ei ole sovittu, on puolustusvoimien suoritettava kunnalle tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen korvaus. Lisäksi puolustusvoimien on suoritettava kunnalle kiireellisestä avosairaanhoidosta tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle kiireellisestä sairaanhoidosta palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen korvaus, vaikka tällaisen hoidon antamisesta ei ole erikseen sovittu.

73 §

Potilaan siirtokuljetus

Milloin kunnan terveyskeskuksen sairaansijalle otetun vieraskuntalaisen potilaan hoitoajan arvioidaan ylittävän keskimääräisen hoitoajan ja muulloinkin potilaan pyynnöstä, terveyskeskuksen on ryhdyttävä toimenpiteisiin potilaan siirtämiseksi sellaiseen terveyskeskukseen tai muuhun sairaanhoitolaitokseen, jota potilaan asuin- ja kotikunta ylläpitää, mikäli siirto voidaan tehdä potilaan tilaa vaarantamatta.

Jos potilaan sairaus sitä vaatii, on kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän huolehdittava toimintayksikkönsä potilaan kuljetuk-

sesta toisessa toimintayksikössä tai terveyskeskuksessa annettavaa hoitoa tai suoritettavia toimenpiteitä varten.

74 §

Tartuntataudit

Tartuntatautien vastustamistyöstä säädetään tartuntatautilaissa (583/1986).

75 §

Oikeuslääketieteellisten ruumiinavausten edellyttämät tilat sekä oikeuslääkeopillisista tutkimuksista maksettavat korvaukset ja palkkiot

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen käytettävissä on tarvittaessa oikeuslääketieteellisten ruumiinavausten suorittamiseksi tarvittavat tilat tarvittavine varusteineen ja ruumiinavaukset suorittavan henkilökunnan sosiaaliset tilat. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tulee suorittaa tilojen käytöstä kohtuullisia kustannuksia vastaava korvaus.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään terveyskeskuksessa tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä tehtyjen oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

76 §

Tasausjärjestelmä

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäsenkunnalle erikoissairaanhoidosta aiheutuneiden asiakas- tai potilaskohtaisten poikkeuksellisen suurten kustannusten tasauksesta tulee sopia sairaanhoitopiirikohtaisesti. Sairaan-

hoitopiirin kuntayhtymällä on oltava kaikki tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kattava tasausjärjestelmä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan antaa säännökset tasausrajan määräytymisen perusteista.

77 §

Asiakasmaksut

Tämän lain mukaisista palveluista perittävistä maksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992).

78 §

Viivästyskorko

Jos tässä laissa tarkoitettua korvausta ei ole suoritettu eräpäivänä, saadaan vuotuista viivästyskorkoa periä eräpäivästä lukien enintään korkolain (633/1982) 4 §:n 1 momentissa tarkoitetun korkokannan mukaan.

Viivästyskoron maksamisen perusteena oleva eräpäivä voi olla aikaisintaan kahden viikon kuluttua maksun määräytymisen perusteena olevan hoidon saamisesta.

9 luku

Voimaantulo

79 §

Voimaantulo ja siirtymäsäännökset

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011 kuitenkin siten, että ensihoitopalvelu on järjestettävä 39 §:n mukaisesti viimeistään 1 päivästä tammikuuta 2013. Kunnan kansanterveyslain nojalla tekemät sairaankuljetusta koskevat sopimukset päättyvät viimeistään 31 päivänä joulukuuta 2012.

Lain 48 §:ää sovelletaan 1 päivästä tammikuuta 2014.

Lain 61 § ja 63 §:n 2 momenttia tutkimusrahoitusta koskevilta osin sovelletaan 1 päivästä tammikuuta 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö päättää tutkimusrahoituksen jakamisesta erityisvastuualueille vuosille 2012–2015 prosenttiosuuksina kolmelta edelliseltä vuodelta, joilta tiedot ovat saatavissa, kertyneiden julkaisupisteiden perusteella.

Lain 9 §:n tarkoitettuun yhteiseen potilastietorekisteriin sisältyvät myös ennen tämän lain voimaantuloa laaditut potilasasiakirjat. Lain 9 §:n 3 momentin edellyttämä hoitosuhteen varmistus voidaan tehdä muutoin kuin tietoteknisesti 31 päivään joulukuuta 2013 saakka. Varmistus on kuitenkin toteutettava luotettavalla tavalla.

Ennen tämän lain voimaantuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

2.

Laki**kansanterveyslain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
kumotaan kansanterveyslain (66/1972) 14, 14 a ja 14 b §, 15 b, 16, 18, 21–27 ja 28 a §, 41 §:n 1 momentti ja 49 §,
 sellaisina kuin niistä ovat 14 § laeissa 674/1983, 605/1991, 248/1997, 771/2005, 928/2005, 626/2007, 14 a § laeissa 675/1979, 746/1992 ja 1385/2001, 14 b § laissa 418/2007, 15 b ja 49 § laissa 855/2004, 18 § laissa 124/1995, 21 § laissa 746/1992, 22 ja 28 a § laissa 248/1997, 23 § laissa 498/2003, 24 § laeissa 293/2006 ja 418/2007, 25 § laeissa 293/2006 ja 626/2007, 27 § laissa 1117/1990, 28 § laissa 431/2003 ja 41 §:n 1 momentti laissa 928/2005 sekä
muutetaan 1 §, 4 §:n 1 momentti sekä 15, 47 ja 48 §,
 sellaisina kuin ne ovat 1 § laissa 928/2005, 4 §:n 1 momentti laissa 928/2005, 15 § osaksi laeissa 744/1978, 407/1988, 1117/1990 ja 1385/2001, 47 § osaksi laeissa 592/1975, 930/1980, 746/1992 ja 48 § laissa 746/1992, seuraavasti:

1 §

Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyön sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (/). Kansanterveystyöstä voidaan käyttää myös nimitystä perusterveydenhuolto.

4 §

Kansanterveystyön asiantuntijalaitoksina toimivat Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos ja Säteilyturvakeskus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta säädetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetussa laissa (668/2008). Säteilyturvakeskuksesta säädetään säteilyturvakeskuksesta annetussa laissa (1069/1983) ja Työterveyslaitoksesta työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetussa laissa (159/1978).

15 §

Terveydenhuoltolain 13 - 22 §:ssä ja 24 - 29 §:ssä tarkoitettuja toimintoja varten tulee

kunnalla olla terveyskeskus. Sen toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanotoille tai järjestää liikkuvien toimintayksiköiden avulla.

Kunta voi 1 momentissa tarkoitettujen toimintojen lisäksi antaa terveyskeskuksen hoitettavaksi kunnalle muissa laeissa säädettyjä kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä.

Kunta voi myös tehdä muiden kuin terveydenhuoltolain 16–17 §:ssä tarkoitettujen oppilaitosten kanssa sopimuksen oppilaitokselle kuuluvan terveydenhuollon suorittamisesta kunnan terveyskeskuksen toimesta.

47 §

Muutosta 6 §:n 1 momentissa tarkoitettun toimielimen päätökseen haetaan valittamalla hallinto-oikeuteen 30 päivän kuluessa päätöksen tiedoksi saamisesta.

Mitä 1 momentissa on säädetty, ei sovelleta, milloin laissa tai asetuksessa on muutoksenhausta säädetty toisin tai kielletty muutoksenhaku, ei myöskään milloin päätös kuntalain 365/1995 mukaan voidaan alistaa kunnallis- tai liittohallituksen tutkittavaksi

48 §

Edellä 6 §:n 1 momentissa tarkoitetun toimielimen päätös saadaan panna täytäntöön, ennen kuin se on saanut lainvoiman, siten kuin kuntalain 98 §:ssä säädetään. Sanotun säännöksen estämättä voidaan päätös muutoksenhausta huolimatta panna täytäntöön, jos se on laadultaan sellainen, että se on viivytyksettä täytäntöönpantava, tai jos päätöksen voimaantulemista ei voida terveydenhoi-

dollisista syistä siirtää tuonnemmaksi ja toimitelmin on määrännyt päätöksen heti täytäntöönpantavaksi.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011.

Ennen tämän lain voimaan tuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

3.

Laki**erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

kumotaan erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) 2 §, 9 §:n 1 momentti, 3 luku, 14, 15 §:n 2 momentti, 31, 31 a, 33, 33 a, 34, 35, 35 a ja 36 §, 8 luku, 44, 44 a, 45 - 47, 47 a, 47 b, 48 ja 49 §, 12 luku sekä 56 a ja 59 §,

sellaisina kuin niistä ovat , 15 §:n 2 momentti laissa 294/2006, 31 ja 31 a § laissa 856/2004, 33 § laissa 652/2000, 33 a § laissa 432/2003, 35 § osaksi laissa 241/1999, 35 a § laissa 126/1995, 44 a § laissa 908/1992 ja 302/1995, 47 § laissa 1115/1999 ja 1227/2004, 47 a § laissa 1115/1999 ja 784/2009, 47 b § laissa 1115/1999, 1227/2004 ja 1548/2009, 56 a § laissa 279/2002 ja 59 § laissa 856/2004,

muutetaan 1, 3 §:n 1 momentti, 4, 13 §, 16 §:n 1 momentti, 18 §:n 3 momentti, 21 §:n 3 momentti, 28 §:n 1 - 3 momentti ja 30 §,

sellaisina kuin niistä ovat 1 § osaksi laissa 606/1991 ja 1049/1993, 3 §:n 1 momentti laissa 1127/1998, 4 § laissa 1714/2009, 28 §:n 1 - 3 momentti laissa 748/1992 ja 30 § osaksi laissa 294/2006, seuraavasti:

1 §

Erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämisestä säädetään tässä laissa. Erikoissairaanhoidon palvelujen ja toiminnan sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (/)

3 §

Kunnan, joka on kotikuntalain (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään.

Sama velvollisuus kunnalla on kiireellisissä tapauksissa sellaisen henkilön erikoissairaanhoidon, jolla ei ole Suomessa kotipaikkaa.

Henkilön kotikunnalla tai kunnalla, josta henkilö on, tarkoitetaan jäljempänä sitä kuntaa, joka 1 ja 2 momentin mukaan on velvollinen huolehtimaan hänen erikoissairaanhoidonsa järjestämisestä. Kunnan asukkaalla tarkoitetaan jäljempänä henkilöä, jonka erikois-

sairaanhoidosta kunta on 1 ja 2 momentin mukaan velvollinen huolehtimaan.

4 §

Kunnan tämän lain nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettua lakia (733/1992) sekä kunnan peruspalvelujen valtionavustuksesta annettua lakia (1704/2009), jollei lailla toisin säädetä.

13 §

Jos erikoissairaanhoidon pysyvän järjestämisen kannalta on tarkoituksen mukaista, sairaanhoitopiirien kuntayhtymät voivat sopia sairaalan tai sen osan taikka erillisen toimintayksikön perustamisesta ja sen ylläpitämisestä yhteisesti. Sairaala, sen osa tai erillinen toimintayksikkö on sen kuntayhtymän hallinnassa, jonka alueella se sijaitsee.

Jollei erikoissairaanhoidon järjestämisen kannalta tarpeellisenä pidettävän yhteisen sairaalan, sen osan tai erillisen toimintayksikön perustamisesta sovita, valtioneuvosto voi määrätä sen perustettavaksi ja ottaen tasapuolisesti huomioon kuntayhtymien edut an-

taa tarpeelliset määräykset yhteistoiminnan ehdoista. Yhteistoimintaa koskevan esityksen voi valtioneuvostolle tehdä myös kuntayhtymän jäsenkunta.

16 §

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän liittovaltuustoon valitsevat jäsenkuntien valtuustot jäseniä seuraavasti:

Kunnan asukasluku viimeksi toimitetun henkikirjotuksen mukaan	Jäsenten lukumäärä
2 000 tai vähemmän	1
2 001–8 000	2
8 001–25 000	3
25 001–100 000	4
100 001–400 000	5
400 001 tai enemmän	6

18 §

Erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävässä sairaanhoitopiirissä on lautakunta, jonka tehtävänä on kehittää ja yhteensovittaa piirin kielellisen vähemmistön erikoissairaanhoitoa sekä vähemmistön kielellä annettavaa terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta. Lautakunnan jäseniksi on valittava sairaanhoitopiirin vähemmistökielisiä kuntia ja kaksikielisten kuntien vähemmistökielistä väestöä edustavia henkilöitä. Lautakunnan jäseniin ei sovelleta kuntalain (365/1995) 81 §:n 4 momentin eikä 82 §:n säännöstä.

21 §

Vähemmistökieliselä osavastuualueella toimivissa muissa kuin 2 momentissa tarkoitetuissa johtokunnissa on vähemmistökielinen jaosto vähemmistökielillä järjestettävää erikoissairaanhoitoa ja terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta koskevien asioiden käsittelyä varten. Johtosäännöllä voidaan määrätä, että jaoston jäsenenä on myös liittovaltuuston erikseen tehtävää varten valittomia lisäjäseniä ja heidän varajäseniään. Jaos-

ton jäsenten tulee edustaa sairaanhoitopiirin kielellistä vähemmistöä.

28 §

Yliopistollisessa sairaalassa toimivan yliopiston lääketieteellisen koulutusyksikön professorit voivat toimia sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle antamansa suostumuksen mukaisesti samalla yliopistollisen sairaalan ylilääkärin sivuviran tai -toimen haltijoina. Yliopiston muut opettajat voivat sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle antamansa suostumuksen mukaisesti samalla toimia yliopistollisen sairaalan lääkärin tai muun sivuviran tai -toimen haltijana sen mukaan, kuin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tarkemmin määrää.

Jos professori ei ole käytettävissä ylilääkärin tehtävien hoitoon tai jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä katsoo siihen olevan erityistä syytä, kuntayhtymä voi enintään viideksi vuodeksi kerrallaan professorin sijasta määrätä ylilääkäriksi yliopiston apulaisprofessorin tai sairaalan viranhaltijan, jolla on vähintään dosentin pätevyys.

Yliopistollisessa sairaalassa voi olla myös muu sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valitsema ylilääkäri kuin yliopiston viranhaltija.

30 §

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloita ja muita toimintayksiköitä käytetään ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon, jollei tämän lain 13, 15 §:n 1 momentin mukaisesta järjestelystä tai terveydenhuoltolain 34, 43 ja 44 §:n mukaisista sopimuksista muuta johdu.

Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on kuitenkin 1 momentin säännöksen estämättä aina annettava sairaanhoitoa.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011. Lain 47 ja 47 a § :ää sovelletaan kuitenkin yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimuksen korvauksiin 31 päivään joulukuuta 2011 asti.

Ennen tämän lain voimaan tuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

4.

Laki**sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) 5 §:n 1, 6 ja 7 kohdat, 8 §:n 1 ja 2 momentti, 9 §:n 2 momentti, 12 §:n 1 momentti, 13 a §:n 2 momentti ja 13 b §,

sellaisena kuin niistä ovat 5 §:n 1 kohta laissa 1408/2001, 9 §:n 2 momentti laissa 858/2004, 12 §:n 1 momentti laissa 1311/2003 sekä 13 a §:n 2 momentti ja 13 b § laissa 1363/2004, seuraavasti:

5 §

Maksuttomat terveyspalvelut

Terveydenhuollon palveluista ovat maksuttomia:

1) terveydenhuoltolain (/) 13 - 17 §:ssä, 19 §:n 1 kohdassa, 20, 24, 27, 29, 39 ja 40 §:ssä tarkoitetut palvelut ja hoitoon kuuluvat aineet lukuun ottamatta 18 vuotta täyttäneiden avosairaanhoidon lääkäripalvelujen käyttöä, kotisairaanhoitoa, laitoshoidon annettua kuntoutusta, yksilökohtaista fysioterapiaa, sairaankuljetusta, ylläpitoa, lääkärin ja hammaslääkärin antamia todistuksia ja lausuntoja, jotka eivät liity potilaan hoitoon, sekä 18 vuotta täyttäneelle annettua hampaiden tutkimusta ja hoitoa sekä yksityislääkärin läheteellä terveyskeskuksessa tehtäviä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia;

6) terveydenhuoltolain 29 §:ssä tarkoitettuun lääkekinnalliseen kuntoutukseen kuuluva neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus sekä sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus;

7) terveydenhuoltolain 13 - 17 §:ssä, 20, 24, 27, 29, 39 ja 40 §:ssä tarkoitettuihin palveluihin liittyvät apuvälineet sekä niiden so-

vitus, tarpeellinen uusiminen ja huolto paitsi silloin, kun apuvälineen tarve aiheutuu tapaturmavakuutuslain (608/1948), maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain (1026/1981), sotilasvammalain (404/1948), liikennevakuutuslain (279/1959), potilasvahinkolain (585/1986) tai näitä vastaavan aikaisemman lain mukaan korvattavasta vahingosta tai ammattitaudista; sekä

8 §

Työterveyshuollon maksut

Terveyskeskuksen tuottamista terveydenhuoltolain 18 §:n 1 momentissa ja 19 §:n 2 kohdassa tarkoitetuista työterveyshuoltopalveluista tai terveyskeskuksen työnantajalle järjestämistä 18 §:n 3 momentissa tarkoitetuista sairaanhoito- ja muista terveydenhuoltopalveluista työnantaja on velvollinen suorittamaan terveyskeskukselle asetuksella säädettävien perusteiden mukaan määräytyvät maksut ja korvaukset terveydenhuollon eri toimenpiteistä ja toiminnoista.

Terveyskeskuksen järjestämästä terveydenhuoltolain 18 §:n 2 momentissa tarkoite-

tusta työterveyshuollosta yrittäjä tai muu omaa työtään tekevä on velvollinen suorittamaan terveyskeskukselle asetuksella säädettyjen perusteiden mukaan määräytyvät maksut ja korvaukset terveydenhuollon eri toimenpiteistä ja toiminnoista.

9 §

Erityispoliklinikkatoiminnan maksu

Erityispoliklinikkatoiminnan palvelujen käytön tulee perustua siihen, että palvelun käyttäjä on itse vapaaehtoisesti hakeutunut tutkittavaksi tai hoidettavaksi poliklinikalle ja että potilas on tietoinen erityispoliklinikan maksukäytännöstä. Potilaalla tulee halutesaan olla mahdollisuus päästä terveydenhuoltolain perusteella sairaanhoitopiirin järjestämisvastuulla olevaan hoitoon siten, että maksu määräytyy tämän pykälän sijasta muiden tämän lain ja sen nojalla annettujen säännösten mukaisesti.

12 §

Ostopalvelu ja palveluseteli

Jos kunta tai kuntayhtymä järjestää palveluja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitetulla tavalla ostopalveluna, palvelun käyttäjältä on perittävä samat maksut ja korvaukset kuin kunnan tai kuntayhtymän itse järjestämistä vastaavista palveluista.

13 a §

Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen perusteella korvattavaa sairaanhoitoa koskeva maksu

Hoitopalvelun järjestämisestä aiheutuvilla kustannuksilla tarkoitetaan 1 momentissa maksua, jonka kuntayhtymän ulkopuolinen

kunta terveydenhuoltolain 58 §:n nojalla maksaisi kuntayhtymälle asukkaansa hoitokustannuksista, jos hoito tulisi kunnan maksettavaksi. Jos palvelun käyttäjä saa hoitoa kunnan tai kuntayhtymän ylläpitämässä terveyskeskuksessa, sairaalassa tai muussa terveydenhuollon toimintayksikössä, tarkoitetaan palvelun järjestämisestä aiheutuvilla kustannuksilla maksua, joka terveydenhuoltolain 58 §:n nojalla perittäisiin toisesta kunnasta olevan potilaan kotikunnalta.

13 b §

Terveydenhuollon toimintayksikön ilmoitusvelvollisuus

Kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain ja terveydenhuoltolain perusteella sairaanhoidon julkisena terveydenhuoltona antavan terveydenhuollon toimintayksikön on viipymättä, kuitenkin viimeistään kymmenen arkipäivän kuluessa hoidon alkamisesta, ilmoitettava salassapitosäännösten ja muiden tiedonsaantia koskevien säännösten estämättä 13 a §:n 1 momentissa tarkoitetulle vakuutuslaitokselle tai Valtiokonttorille sellaisen hoidon aloittamisesta, joka todennäköisesti johtuu niiden korvausvelvollisuuden piiriin kuuluvasta vammasta tai sairaudesta. Ilmoitusvelvollisuus ei koske tapaturmavakuutuslain 15 §:n 3 momentin 1 ja 2 virkkeessä ja liikennevakuutuslain 6 a §:n 3 momentin 1 ja 2 virkkeessä tarkoitettua hoitoa. Ilmoitukseen on sisällytettävä terveydenhuollon toimintayksikön hallussa olevat tiedot vamman tai sairauden laadusta ja tapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta sekä vahingoittuneen henkilötiedot. Tapaturmissa ja ammattitaupeissa ilmoitukseen on sisällytettävä myös tiedot vahingoittuneen työnantajasta ja vakuutuslaitoksesta, jossa työnantajan työntekijät on vakuutettu, sekä liikennevahingoissa liikennevahingosta vastuullisesta tai siihen osallisista moottoriajoneuvoista ja näiden liikennevakuutuslaitoksista. Lisäksi ilmoitukseen on merkittävä tiedot hoidon alkamispäivästä ja hoitotoimenpiteistä, hoitosuunnitelmasta ja sen kustannuksista sekä muut maksusitoumuksen antamista varten välttämättömät tiedot. Jos korvausvelvollinen vakuu-

tuslaitos ei ole terveydenhuollon toimintayksikön tiedossa, ilmoitus tehdään työtapaturmissa ja ammattitaupeissa Tapaturmavakuutuslaitosten liitolle ja liikennevahingoissa Liikennevakuutuskeskukselle.

Kansanterveyslain, erikoissairaanhoidon ja terveydenhuoltolain perusteella sairaanhoidon julkisena terveydenhuoltona antavan terveydenhuollon toimintayksikön on pyynnöstä annettava viipymättä vakuutuslaitokselle tapaturmavakuutuslain 15 §:ssä ja lii-

kennevakuutuslain 6 a §:ssä tarkoitettua maksusitoumusta varten tarpeelliset tiedot siitä, milloin potilas otetaan hoitoon, ja hoidosta todennäköisesti aiheutuvista kustannuksista.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011.

Ennen tämän lain voimaan tuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

Helsingissä 11 päivänä kesäkuuta 2010

Tasavallan Presidentti

TARJA HALONEN

Peruspalveluministeri *Paula Risikko*

Liite

Rinnakkaistekstit

2.

Laki**kansanterveyslain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
kumotaan kansanterveyslain (66/1972) 14, 14 a ja 14 b §, 15 b, 16, 18, 21–27 ja 28 a §, 41 §:n 1 momentti ja 49 §,
 sellaisina kuin niistä ovat 14 § laeissa 674/1983, 605/1991, 248/1997, 771/2005, 928/2005, 626/2007, 14 a § laeissa 675/1979, 746/1992 ja 1385/2001, 14 b § laissa 418/2007, 15 b ja 49 § laissa 855/2004, 18 § laissa 124/1995, 21 § laissa 746/1992, 22 ja 28 a § laissa 248/1997, 23 § laissa 498/2003, 24 § laeissa 293/2006 ja 418/2007, 25 § laeissa 293/2006 ja 626/2007, 27 § laissa 1117/1990, 28 § laissa 431/2003 ja 41 §:n 1 momentti laissa 928/2005 sekä
muutetaan 1 §, 4 §:n 1 momentti sekä 15, 47 ja 48 §,
 sellaisina kuin ne ovat 1 § laissa 928/2005, 4 §:n 1 momentti laissa 928/2005, 15 § osaksi laeissa 744/1978, 407/1988, 1117/1990 ja 1385/2001, 47 § osaksi laeissa 592/1975, 930/1980, 746/1992 ja 48 § laissa 746/1992, seuraavasti:

*Voimassa oleva laki**Ehdotus*

1 §

Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilön, väestön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa.

Edellä 1 momentissa tarkoitettu kansanterveystyöstä on voimassa, mitä tässä laissa säädetään, jollei muussa laissa tai sen nojalla annetuissa säännöksissä toisin säädetä. Yksilön ja hänen elinympäristönsä terveydensuojelusta (ympäristöterveydenhuolto) säädetään lisäksi terveydensuojelulaissa (763/1994), elintarvikelaissa (361/1995), eläimistä saattavien elintarvikkeiden elintarvikehygieniasta

1 §

Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilön, väestön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa. *Kansanterveystyön sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (/). Kansanterveystyöstä voidaan käyttää myös nimitystä perusterveydenhuolto.*

(2 momentti kumotaan)

Voimassa oleva laki

annetussa laissa (1195/1996), kulutustavaroiden ja kuluttajapalvelusten turvallisuudesta annetussa laissa (75/2004), toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetussa laissa (693/1976), kemikaalilaissa (744/1989) ja eläinlääkintähuoltolaissa (685/1990).

4 §

Kansanterveystyön asiantuntijalaitoksina toimivat Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Kansanterveislaitos, Työterveyslaitos ja Säteilyturvakeskus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta säädetään sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämis- keskuksella annetussa laissa (1073/1992) ja Kansanterveislaitoksesta säädetään kansanterveislaitoksesta annetussa laissa (828/1981). Säteilyturvakeskuksesta säädetään säteilyturvakeskuksesta annetussa laissa (1069/1983) ja Työterveislaitoksesta työterveislaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetussa laissa (159/1978). (25.11.2005/928)

4 §

Kansanterveystyön asiantuntijalaitoksina toimivat *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, Työterveyslaitos ja Säteilyturvakeskus. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta säädetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksesta annetussa laissa (668/2008)*. Säteilyturvakeskuksesta säädetään säteilyturvakeskuksesta annetussa laissa (1069/1983) ja Työterveislaitoksesta työterveislaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetussa laissa (159/1978).

3 LUKU

Kunnan kansanterveystyö

14 §

Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee:

Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee:

1) huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista mukaan lukien ehkäisyneuvonta, raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden ja alle kouluikäisten lasten sekä heidän perheidensä neuvolapalvelut; valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä terveysneuvonnan ja terveystarkastusten sisällöstä ja määrästä neuvolapalveluissa;

1 a) seurata kunnan asukkaiden terveyden-tilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin, huolehtia terveysnäkö-

(kumotaan)

kohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa;

2) järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkekinnallinen kuntoutus;

2 a) toteuttaa mielenterveyslaissa (1116/1990) tarkoitettua mielenterveystyötä järjestämällä kunnan asukkaiden tarvitsema sellainen ehkäisevä mielenterveystyö ja sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa;

3) huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällinen pelastustoiminta sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius, lukuun ottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikkokelpoisten ja vastaavanlaisten erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa, siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään;

4) ylläpitää suun terveydenhuoltoa, johon sisältyy väestön suun terveyden edistäminen sekä kunnan asukkaiden suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito; valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta;

5) ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon sisältyy kunnassa sijaitsevien perusopetusta antavien koulujen ja oppilaitosten kouluyhteisön terveellisyden ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen yhteistyössä henkilökunnan työterveyshuollon kanssa, oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen suun terveydenhuolto mukaan lukien, yhteistyö muun oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus; oppilaan terveyden seuraamiseen ja edistämiseen kuuluvien neuvonnan ja tarkastusten sisällöstä ja määrästä sekä terveydentilan toteamista varten tarpeelliset erikoistutkimuksesta voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella;

6) ylläpitää kunnan alueella sijaitsevien asetuksessa säädettävää muuta kuin 5 kohdassa tarkoitettua koulutusta järjestävien oppilaitosten opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta opiskeluterveydenhuoltoa, johon luetaan opiskelu ympäristön terveellisi-

syyden ja turvallisuuden edistäminen, opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn edistäminen, terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen, mielenterveyspalvelut ja suun terveydenhuolto mukaan lukien, järjestäminen opiskelijoille, sekä omalta osaltaan koko opiskeluyhteisön hyvinvoinnin varmistaminen; yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden terveydenhoito ja sairaanhoito sekä suun terveydenhuolto voidaan kuitenkin kunnan suostumuksella järjestää myös muutoin sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymällä tavalla; opiskeluterveydenhuollon tarkemmasta sisällöstä voidaan tarvittaessa säätää valtioneuvoston asetuksella;

7) tuottaa kunnan alueella sijaitsevilla työ- ja toimintapaikoissa työskenteleville työntekijöille työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja;

8) järjestää kunnan alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville soveltuvin osin työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja sen nojalla annetuissa säännöksissä tai määräyksissä tarkoitettua työterveyshuoltoa;

9) järjestää seulontaa ja muita joukkotarkastuksia siten kuin valtioneuvoston asetuksella tarkemmin säädetään; (25.5.2007/626)

10) järjestää kiireellinen avosairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, potilaan asuinpaikasta riippumatta; sekä

11) huolehtia siitä, että kunnan asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun sen tarve perustuu lakiin taikka asukkaan tai potilaan hoidon, toimeentulon, opiskelun tai muun vastaavan syyn kannalta välttämättömään perusteeseen.

Kunta on velvollinen määräämään terveyskeskuksen lääkärin antamaan poliisille virka-apua oikeuslääkeopillisen tutkimuksen suorittamiseksi elävän henkilön kliinisen tutkimuksen ja vainajan ulkonaisen ruumiintarkastuksen osalta. Kunta on lisäksi velvollinen määräämään terveyskeskuksen lääkärin antamaan vankeinhoitoviranomaisille virka-apua oikeuslääkeopillisen tutkimuksen suorittamiseksi elävän henkilön kliinisen tutkimuksen osalta vankeuslain (767/2005) 16 luvun 6 §:ssä ja tutkintavankeuslain (768/2005) 11

luvun 6 §:ssä tarkoitetuissa tapauksissa. Samoin kunta on velvollinen määräämään terveyskeskuksen lääkärin toimimaan lääkärinä asevelvollisten tarkastuksissa kutsuntaviranomaisten pyydettyä sitä 6 §:n 1 momentissa tarkoitettulta toimielimeltä.

Kunnan tehtävänä on huolehtia 1 momentin 2 kohdassa tarkoitettuun sairaanhoitoon kuuluvan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä siltä osin kuin sitä ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. Läkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoito-toimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään.

Mitä 3 momentissa on säädetty lääkinnällisestä kuntoutuksesta, ei kuitenkaan sovelleta apuvälineiden hankkimisesta, niiden käytön opetuksesta, huollosta ja uusimisesta aiheutuviin kustannuksiin, jos apuvälineen tarve perustuu tapaturmavakuutuslain (608/48), maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain (1026/81), sotilasvammalain (404/48), liikennevakuutuslain (279/59) tai näitä vastaavan aikaisemman lain mukaiseen vahinkoon tai ammattitautiin. (5.8.1983/674)

Kunnan asukkaalla tarkoitetaan tässä laissa henkilöä, jonka kotikuntalaisa (201/94) tarkoitettu kotikunta kyseinen kunta on. Henkilön asuin- ja kotikunnalla tarkoitetaan kuntaa, jonka asukas hän on. (21.3.1997/248)

Kouluterveydenhuolto kuuluu osaltaan perusopetuslain (628/1998) 31 a §:n 2 momentin mukaisiin oppilashuollon palveluihin. Opiskelijan hyvän fyysisen ja psyykkisen terveyden edistäminen ja ylläpitäminen sekä sen edellytyksiä lisäävä toiminta ovat osa ammatillisesta koulutuksesta annetun lain (630/1998) 37 a §:n ja lukiolain (629/1998) 29 a §:n mukaista opiskelijahuoltoa. Kunnan kansanterveystyöstä vastaavan viranomaisen tulee osallistua perusopetuslain 15 §:n, lukiolain 11 §:n ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 14 §:n mukaisen opetussuunnitelman laatimiseen siltä osin, kun se koskee oppilas- tai opiskelijahuoltoa sekä koulun tai oppilaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä.

14 a §

Sen lisäksi, mitä 14 §:ssä säädetään, kunnan, jonka tehtäväksi se asetuksella säädetään, tulee kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä: (3.8.1992/746)

(kumotaan)

1) ylläpitää merimiehille näiden kotipaikasta riippumatta merimiesterveydenhuoltoa, johon kuuluu merimiehen terveydenhoito ja sairaanhoito sekä hammashuolto; sekä

2) tuottaa merimiehille varustamon sijaintipaikkakunnasta riippumatta työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja. (21.12.2001/1385)

Merimiehellä tarkoitetaan henkilöä, johon sovelletaan merimiehen lääkärintarkastuksesta annettua asetusta (157/52).

14 b §

Lastensuojelulain (417/2007) 16 §:n 2 momentin mukaisen kunnan (sijoituskunta), jossa lapsi tai nuori on avohuollon tukitoimena tai sijaishuoltoon sijoitettuna taikka jälkihuollossa, on järjestettävä lapselle tai nuorelle hänen tarvitsemansa kansanterveystyöhön kuuluvat palvelut. Palvelut on järjestettävä yhteistyössä lastensuojelulain 16 §:n 1 momentin tai 17 §:n mukaan vastuussa olevan kunnan (sijoittajakunta) kanssa.

(kumotaan)

15 §

Edellä 14 §:n 1 momentin 1–8 kohdassa tarkoitettuja toimintoja varten tulee kunnalla olla terveyskeskus. Sen toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanoille tai järjestää liikkuvien toimintayksiköiden avulla. (29.9.1978/744)

Kunta voi 1 momentissa tarkoitettujen toimintojen lisäksi antaa terveyskeskuksen hoitettavaksi kunnalle muissa laeissa säädettyjä kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä.

Kunta voi myös tehdä muiden kuin 14 §:n 1 momentin 5 kohdassa tarkoitettujen oppilaitosten kanssa sopimuksen oppilaitokselle kuuluvan terveydenhuollon suorittamisesta kunnan terveyskeskuksen toimesta.

Kunta voi sopia alueellaan toimivan työnantajan kanssa siitä, että kunnan työterveys-

15 §

Terveyskeskuksella 13 - 22 §:ssä ja 24 - 29 §:ssä tarkoitettuja toimintoja varten tulee kunnalla olla terveyskeskus. Sen toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanoille tai järjestää liikkuvien toimintayksiköiden avulla.

Kunta voi 1 momentissa tarkoitettujen toimintojen lisäksi antaa terveyskeskuksen hoitettavaksi kunnalle muissa laeissa säädettyjä kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä.

Kunta voi myös tehdä muiden kuin terveydenhuoltolain 16–17 §:ssä tarkoitettujen oppilaitosten kanssa sopimuksen oppilaitokselle kuuluvan terveydenhuollon suorittamisesta kunnan terveyskeskuksen toimesta.

(4 momentti kumotaan)

Voimassa oleva laki

kaista tiedot 1 ja 2 momentin mukaisista odotusajoista.

16 §

Terveyskeskuksen sairaansijalle on ensisijaisesti otettava hoidettavaksi potilas, jota sairauden laatu sekä tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen tarve taikka toipilaste huomioon ottaen voidaan siellä taroituksenmukaisesti hoitaa. Kiireellisen laitoksessa järjestettävän sairaanhoidon tarpeessa oleva henkilö on aina otettava terveyskeskuksen sairaansijalle hoidettavaksi tai, mikäli siellä ei voida järjestää tarvittavaa tutkimusta tai hoitoa, ohjattava tai toimitettava asianmukaiseen sairaanhoitolaitokseen.

(kumotaan)

Milloin kunnan terveyskeskuksen sairaansijalle otetun vieraskuntalaisen potilaan hoitoajan arvioidaan ylittävän keskimääräisen hoitoajan ja muulloinkin potilaan pyynnöstä, terveyskeskuksen on ryhdyttävä toimenpiteisiin potilaan siirtämiseksi sellaiseen terveyskeskukseen tai muuhun sairaanhoitolaitokseen, jota potilaan asuin- ja kotikunta ylläpitää, mikäli siirto voidaan tehdä potilaan tilaa vaarantamatta.

18 §

Sosiaali- ja terveysministeriö antaa määräykset laitoshoidon määrittelystä ja siihen liittyvästä kansaneläkelaitoksen ja kuntien välisestä neuvottelu- ja lausuntomenettelystä.

(kumotaan)

21 §

Tämän lain mukaisista palveluista voidaan periä maksuja siten kuin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/92) säädetään.

(kumotaan)

22 §

Jos terveyskeskuksen sairaansijalla on hoidettavana potilas, joka ei ole terveyskeskusta ylläpitävän kunnan asukas, on sen terveyskeskuksen, jota potilaan asuin- ja kotikunta ylläpitää, korvattava potilaan sairaanhoito, jollei muuta ole sovittu. Sama koskee tällaisen kunnan asukkaalle annettua kiireellistä avosairaanhoitoa ja kiireellistä hammashoitoa.

(kumotaan)

Edellä 1 momentissa mainittu korvaus saa ol-

*la enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvi-
en kustannusten suuruinen. Korvauksesta vä-
hennetään hoidosta suoritettu asiakasmaksu
ja muut toimintatulot.*

23 §

*Jos terveyskeskuksen potilas tarvitsee kun-
toutusta, jota ei ole säädetty terveyskeskuksen
tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista
järjestää kansanterveystyönä, terveyskeskuk-
sen tehtävänä on huolehtia siitä, että asian-
omaiselle annetaan tietoja muista kuntoutus-
mahdollisuuksista ja että hänet ohjataan tar-
peen mukaan sairaanhoitopiiriin, sosiaali-,
työvoima- tai opetusviranomaisen taikka
Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen
järjestäjän palveluiden piiriin yhteistyössä
niitä järjestävien tahojen kanssa.
Sen lisäksi, mitä 1 momentissa säädetään yh-
teistyöstä, on lääkinnällisen kuntoutuksen jär-
jestämisessä noudatettava, mitä kuntoutuksen
asiakasyhteistyöstä annetussa laissa
(497/2003) säädetään.*

(kumotaan)

24 §

*Terveyskeskusta ylläpitävä kunta ja kansan-
terveystyön kuntayhtymä voivat sopia puolus-
tusvoimien kanssa terveyden- ja sairaanhoi-
don palvelujen antamisesta henkilöille, jotka
ovat terveydenhuollon järjestämisestä puolus-
tusvoimissa annetun lain (322/1987) 3 §:n 1
momentin perusteella puolustusvoimien ter-
veydenhuoltovastuulla. Sopimuksen mukaiset
tutkimukset ja hoito, kiireellistä avosairaan-
hoitoa lukuun ottamatta, voidaan antaa eri
perustein ja nopeammin kuin tämän lain mu-
kaiset palvelut annetaan kunnan tai kuntayh-
tymän jäsenkuntien asukkaille. Sopimuksen
tekeminen ja sopimukseen perustuvien palve-
lujen antaminen eivät saa vaarantaa kunnan
tai kuntayhtymän lakisääteisten tehtävien hoi-
tamista.*

(kumotaan)

*Milloin sijoituskunta on järjestänyt 14 b
§:ssä tarkoitettuja palveluja, on sijoittaja-
kunnan suoritettava sijoituskunnalle aiheutu-
neita kustannuksia vastaava korvaus. Korva-
uksen määrää laskettaessa noudatetaan, mitä
lain 22 §:n 2 momentissa säädetään.
(13.4.2007/418)*

25 §

Puolustusvoimien tulee suorittaa terveyskeskusta ylläpitävälle kunnalle tai kuntayhtymälle korvaus kutsunnanalaisille terveyskeskuksessa suoritetuista tarkastuksista, tutkimuksista ja toimenpiteistä sekä lääkärin osallistumisesta kutsuntatilaisuuteen. Korvaus on 50 prosenttia puolustusvoimien ja terveyskeskuksen tekemän sopimuksen mukaisista kustannuksista. Jos kustannuksista ei ole sovittu, on korvaus 50 prosenttia palvelun tuottamisesta aiheutuneista kustannuksista. (25.5.2007/626)

(kumotaan)

Korvaus 24 §:n mukaisista palveluista määräytyy kunnan tai kuntayhtymän ja puolustusvoimien tekemän sopimuksen perusteella. Jos korvauksesta ei ole sovittu, on puolustusvoimien suoritettava terveyskeskukselle palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen korvaus. Lisäksi puolustusvoimien on suoritettava terveyskeskukselle 14 §:n 1 momentin 10 kohdassa tarkoitetusta kiireellisestä avosairaanhoidosta palvelun tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten suuruinen korvaus, vaikka tällaisen hoidon antamisesta ei ole erikseen sovittu.

26 §

Milloin 14 §:n 1 momentin 5 kohdassa tarkoitettulle oppilaalle, joka ei ole terveyskeskusta ylläpitävän kunnan asukas, on hankittu mainituissa lainkohdassa tarkoitettu erikoistutkimus, on sen terveyskeskuksen, jota oppilaan asuin- ja kotikunta ylläpitää, suoritettava terveyskeskukselle korvaus tutkimuksesta, mukaan luettuna lääkärin tai erikoislääkärin määräämät laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimukset samoin kuin oppilaan ja mahdollisesti tarvittujen saattajan matkasta aiheutuneet kohtuulliset kustannukset.

(kumotaan)

27 §

Kunnan tulee suunnitellaan ja kehittää kansanterveystyötä olla yhteistyössä asianomaisen sairaanhoitopiirin kanssa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden.

(kumotaan)

28 §

Yksikielisen kunnan tai kuntayhtymän terveyskeskuksen terveydenhuoltopalvelut järjestetään kunnan tai kuntayhtymän kielellä.

(kumotaan)

Potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä.

Kaksikielisen kunnan taikka kaksikielisiä tai sekä suomen- ja ruotsinkielisiä kuntia käsitteävän kuntayhtymän terveyskeskuksen terveydenhuoltopalvelut järjestetään kunnan tai kuntayhtymän molemmilla kielillä siten, että potilas saa palvelut valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi.

Kunnan tai kansanterveystyön kuntayhtymän tulee lisäksi huolehtia siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat terveydenhuoltopalveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Kunnan tai kansanterveystyön kuntayhtymän on tällöin mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

28 a §

Jos tässä luvussa tarkoitettua korvausta ei ole suoritettu eräpäivänä, saadaan vuotuista viivästyskorkoa periä eräpäivästä lukien enintään korkolain 4 §:n 3 momentissa tarkoitetun korkokannan mukaan.

(kumotaan)

Viivästyskoron maksamisen perusteena oleva eräpäivä voi olla aikaisintaan kahden viikon kuluttua maksun määräytymisen perusteena olevan hoidon saamisesta.

41 §

Kunnan ja kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että kansanterveystyön henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan antaa tarvittaessa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista.

(kumotaan)

47 §

Muutosta 6 §:n 1 momentissa tarkoitetun toimielimen päätökseen haetaan valittamalla lääninoikeuteen 30 päivän kuluessa päätöksen tiedoksi saamisesta. (3.8.1992/746)

Mitä 1 momentissa on säädetty, ei sovelleta, milloin laissa tai asetuksessa on muutoksenhausta säädetty toisin tai kielletty muutoksenhaku, ei myöskään milloin päätös kunnallislain 642/48 mukaan voidaan alistaa kunnallis- tai liittohallituksen tutkittavaksi.

48 §

Edellä 6 §:n 1 momentissa tarkoitetun toimielimen päätös saadaan panna täytäntöön, ennen kuin se on saanut lainvoiman, siten kuin kunnallislain 146 §:ssä säädetään. Sanotun säännöksen estämättä voidaan päätös muutoksenhausta huolimatta panna täytäntöön, jos se on laadultaan sellainen, että se on viivytyksettä täytäntöönpantava, tai jos päätöksen voimaantulemista ei voida terveydenhoidollisista syistä siirtää tuonnemmaksi ja toimielin on määrännyt päätöksen heti täytäntöönpantavaksi.

49 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kansanterveystyöhön kuuluvan mielenterveystyön sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsystä sekä odotusaikojen julkaisemisesta. Valtioneuvoston asetuksella säädetään terveyskeskuksessa 14 §:n 2 momentissa tarkoitettujen oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

47 §

Muutosta 6 §:n 1 momentissa tarkoitetun toimielimen päätökseen haetaan valittamalla *hallinto-oikeuteen* 30 päivän kuluessa päätöksen tiedoksi saamisesta. Mitä 1 momentissa on säädetty, ei sovelleta, milloin laissa tai asetuksessa on muutoksenhausta säädetty toisin tai kielletty muutoksenhaku, ei myöskään milloin päätös *kuntalain 365/1995* mukaan voidaan alistaa kunnallis- tai liittohallituksen tutkittavaksi

48 §

Edellä 6 §:n 1 momentissa tarkoitetun toimielimen päätös saadaan panna täytäntöön, ennen kuin se on saanut lainvoiman, siten kuin *kuntalain 98 §:ssä* säädetään. Sanotun säännöksen estämättä voidaan päätös muutoksenhausta huolimatta panna täytäntöön, jos se on laadultaan sellainen, että se on viivytyksettä täytäntöönpantava, tai jos päätöksen voimaantulemista ei voida terveydenhoidollisista syistä siirtää tuonnemmaksi ja toimielin on määrännyt päätöksen heti täytäntöönpantavaksi.

(kumotaan)

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011.

Ennen tämän lain voimaan tuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

3.

Laki**erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

kumotaan erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) 2 §, 9 §:n 1 momentti, 3 luku, 14, 15 §:n 2 momentti, 31, 31 a, 33, 33 a, 34, 35, 35 a ja 36 §, 8 luku, 44, 44 a, 45 - 47, 47 a, 47 b, 48 ja 49 §, 12 luku sekä 56 a ja 59 §,

sellaisina kuin niistä ovat , 15 §:n 2 momentti laissa 294/2006, 31 ja 31 a § laissa 856/2004, 33 § laissa 652/2000, 33 a § laissa 432/2003, 35 § osaksi laissa 241/1999, 35 a § laissa 126/1995, 44 a § laeissa 908/1992 ja 302/1995, 47 § laeissa 1115/1999 ja 1227/2004, 47 a § laeissa 1115/1999 ja 784/2009, 47 b § laeissa 1115/1999, 1227/2004 ja 1548/2009, 56 a § laissa 279/2002 ja 59 § laissa 856/2004,

muutetaan 1, 3 §:n 1 momentti, 4, 13 §, 16 §:n 1 momentti, 18 §:n 3 momentti, 21 §:n 3 momentti, 28 §:n 1 - 3 momentti ja 30 §,

sellaisina kuin niistä ovat 1 § osaksi laeissa 606/1991 ja 1049/1993, 3 §:n 1 momentti laissa 1127/1998, 4 § laissa 1714/2009, 28 §:n 1 - 3 momentti laissa 748/1992 ja 30 § osaksi laissa 294/2006, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

1 §

Erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämisestä säädetään tässä laissa.

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan tässä laissa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot siltä osin kuin kuntoutusta ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäviksi. Asetuksella annetaan tarkemmat säännökset lääkinnällisen kuntoutuksen sisällöstä.

2 §

Tämä laki ei koske kunnan kansanterveys-työn yhteydessä järjestettävää erikoissairaanhoidon ellei 8 §:n 3 momentista muuta johdu. Yksityisten antamasta sairaanhoidosta

Erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämisestä säädetään tässä laissa. *Erikoissairaanhoidon palvelujen ja toiminnan sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (/).*

(kumotaan)

(kumotaan)

Voimassa oleva laki

säädetään erikseen.

3 §

Kunnan, joka on kotikuntalain (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa 1 §:n 2 momentissa tarkoitetun tarpeellisen erikoissairaanhoidon tämän lain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään.

3 §

Kunnan, joka on kotikuntalain (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon *terveydenhuoltolain* (xx/xx) mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään.

4 §

Kunnan tämän lain nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettua lakia (733/1992) sekä kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettua lakia (1704/2009), jollei lailla toisin säädetä.

4 §

Kunnan tämän lain nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja *valtionavustuksesta* annettua lakia (733/1992) sekä kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettua lakia (1704/2009), jollei lailla toisin säädetä.

9 §

Sairauksien harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella voidaan osa erikoissairaanhoidosta määrätä erityistason sairaanhoidoksi.

(kumotaan 1 momentti)

10 §

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä vastaa alueellaan tässä laissa säädetyn erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein.

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidon siten, että kansanterveys- ja erikoissairaanhoidon muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalitoimen kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata terveyskeskus-

(kumotaan 3 luku)

ten tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta.

Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia tehtävälänsä kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutus-toiminnasta sekä tietojärjestelmien yhteensovittamisesta. Kuntayhtymän tulee myös huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tarvittaessa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista.

10 a §

Jos erikoissairaanhoidon potilas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty sairaanhoitopiirin tehtäväksi tai jota ei ole tarkoituksenmukaista järjestää erikoissairaanhoidona, sairaanhoitopiirin tehtävänä on huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan tietoja muista kuntoutusmahdollisuuksista ja että hänet ohjataan tarpeen mukaan terveyskeskuksen, sosiaali-, työvoima- tai opetusviranomaisen taikka Kansaneläkelaitoksen tai muun palvelujen järjestäjän palveluiden piiriin yhteistyössä niitä järjestävien tahojen kanssa.

(kumotaan)

Sen lisäksi, mitä 1 momentissa säädetään yhteistoiminnasta, on lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisessä noudatettava, mitä kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä annetussa laissa (497/2003) säädetään.

10 b §

Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikkö tuottaa sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksille 10 §:n 3 momentissa tarkoitettuja laboratorio- tai röntgenpalveluja, lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja tai muita vastaavia erityispalveluja taikka vastaavia palveluja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän muille toimintayksiköille tai kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977) tarkoitetuille erityishuoltopiirin kuntayhtymän toimintayksiköille, palveluja tuottava toimintayksikkö voi tallettaa tällai-

(kumotaan)

Voimassa oleva laki

sessä toiminnassa syntyvät tiedot omaan vastaavia tietoja sisältävään rekisteriinsä sekä käyttää tietoja potilaidensa hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa.

Palveluja tilaavalla toimintayksiköllä on oikeus salassapitoa koskevien säännösten estämättä luovuttaa palveluja tuottavalle toimintayksikölle palvelujen antamiseksi tarpeelliset tiedot. Palveluja tuottavalla toimintayksiköllä on vastaavasti salassapitoa koskevien säännösten estämättä oikeus luovuttaa asianomaiselle palvelujen tilaajalle palvelujen tuottamisessa syntyneet tiedot.

Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikkö tuottaa terveydenhuollon palveluja tai terveydenhuollon tietojen käsittelyä koskevia palveluja sopimuksen perusteella toisen terveydenhuollon toimintayksikön lukuun, se ei voi tallettaa palvelujen tuottamisessa syntyneitä tietoja omaan rekisteriinsä eikä käyttää niitä omassa toiminnassaan ilman asianomaisten potilaiden suostumusta.

11 §

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, tulee järjestää erityistason sairaanhoito 9 §:ssä tarkoitetulla vastuualueellaan sekä huolehtia samaan sairaanhoidon vastuualueeseen kuuluvien muiden sairaanhoitopiirien kuntayhtymien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennys- koulutuksessa ja sairaanhoitoon kuuluvan tutkimus- ja kehittämistoiminnan järjestämisessä.

Osa erityistason sairaanhoitoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidosta voidaan keskittää valtakunnallisesti joillekin erityisvastuualueille. Valtakunnallinen keskittäminen voidaan tarvittaessa toteuttaa myös siten, että tutkimus, toimenpide tai hoito hankitaan os-topalveluna yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai ulkomailta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää siitä, mitkä tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kuuluvat erityistason sairaanhoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan lisäksi säätää valtakunnallisesta ja alueellisesta erityistason sairaanhoidon keskittämisestä ja niistä kunnallisen terveydenhuollon toimintayksiköistä, joi-

(kumotaan)

den tulee vastata keskitettävästä erityistason sairaanhoidosta. Jos valtakunnallisesti keskitettävät erityistason sairaanhoidon palvelut on tarkoituksenmukaisinta hankkia yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai ulkomailta, voidaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella määritellä palvelujen tuottajan toiminnalle asetettavat laatuvaatimukset ja muut hoidon asianmukaisuuden varmistamiseksi asetettavat vaatimukset.

13 §

Jos erikoissairaanhoidon pysyvän järjestämisen kannalta on tarkoituksenmukaista, sairaanhoitopiirien kuntainliitot voivat sopia sairaalan tai sen osan taikka erillisen toimintayksikön perustamisesta ja sen ylläpitämisestä yhteisesti. Sairaala, sen osa tai erillinen toimintayksikkö on sen kuntainliiton hallinnassa, jonka alueella se sijaitsee.

Jollei erikoissairaanhoidon järjestämisen kannalta tarpeellisena pidettävän yhteisen sairaalan, sen osan tai erillisen toimintayksikön perustamisesta sovita, valtioneuvosto voi määrätä sen perustettavaksi ja ottaen tasapuolisesti huomioon kuntainliittojen edut antaa tarpeelliset määräykset yhteistoiminnan ehdoista. Yhteistoimintaa koskevan esityksen voi valtioneuvostolle tehdä myös kuntainliiton jäsenkunta.

14 §

Sairaanhoitopiiriin kuntainliitto voi tehdä toisen sairaanhoitopiiriin kuntainliiton kanssa sopimuksen kuntainliiton sairaalan tai erillisen toimintayksikön käyttämisestä muun kuin 11 §:ssä tarkoitetun erikoissairaanhoidon järjestämiseen.

Kunta voi sopia palvelujen ostamisesta sellaiselta sairaanhoitopiiriltä, johon se ei kuulu.

15 §

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä voi sopia puolustusvoimien kanssa erikoissairaanhoidon antamisesta henkilöille, jotka ovat terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetun lain (322/1987) 3 §:n 1 momentin perusteella puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla. Sopimuksen mukaiset tutkimukset ja hoito, kiireellistä sairaanhoi-

13 §

Jos erikoissairaanhoidon pysyvän järjestämisen kannalta on tarkoituksenmukaista, sairaanhoitopiirien *kuntayhtymät* voivat sopia sairaalan tai sen osan taikka erillisen toimintayksikön perustamisesta ja sen ylläpitämisestä yhteisesti. Sairaala, sen osa tai erillinen toimintayksikkö on sen *kuntayhtymän* hallinnassa, jonka alueella se sijaitsee.

Jollei erikoissairaanhoidon järjestämisen kannalta tarpeellisena pidettävän yhteisen sairaalan, sen osan tai erillisen toimintayksikön perustamisesta sovita, valtioneuvosto voi määrätä sen perustettavaksi ja ottaen tasapuolisesti huomioon *kuntayhtymien* edut antaa tarpeelliset määräykset yhteistoiminnan ehdoista. Yhteistoimintaa koskevan esityksen voi valtioneuvostolle tehdä myös *kuntayhtymän* jäsenkunta.

(kumotaan).

15 §

(kumotaan 2 momentti)

Voimassa oleva laki

toa lukuun ottamatta, voidaan antaa eri perusteiden ja nopeammin kuin tämän lain mukaiset palvelut annetaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien asukkaille. Sopimuksen tekeminen ja sopimukseen perustuvien palvelujen antaminen eivät saa vaarantaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän lakisääteisten tehtävien hoitamista.

16 §

Sairaanhoitopiirin kuntainliiton liittovaltuustoon valitsevat jäsenkuntien valtuustot jäseniä seuraavasti:

Kunnan asukasluku viimeksi toimitetun henkikirjoituksen mukaan	Jäsenten lukumäärä
2 000 tai vähemmän	1
2 001–8 000	2
8 001–25 000	3
25 001–100 000	4
100 001–400 000	5
400 001 tai enemmän	6

16 §

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän liittovaltuustoon valitsevat jäsenkuntien valtuustot jäseniä seuraavasti:

Kunnan asukasluku viimeksi toimitetun henkikirjoituksen mukaan	Jäsenten lukumäärä
2 000 tai vähemmän	1
2 001–8 000	2
8 001–25 000	3
25 001–100 000	4
100 001–400 000	5
400 001 tai enemmän	6

18 §

Erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävissä sairaanhoitopiirissä on lautakunta, jonka tehtävänä on kehittää ja yhteensovittaa piirin kielellisen vähemmistön erikoissairaanhoitoa sekä vähemmistön kielellä annettavaa terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta. Lautakunnan jäseniksi on valittava sairaanhoitopiirin vähemmistökielisiä kuntia ja kaksikielisten kuntien vähemmistökielistä väestöä edustavia henkilöitä. Lautakunnan jäseniin ei sovelleta kunnallislain (953/76) 122 §:n 4 momentin eikä 123 §:n säännöstä.

18 §

Erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävissä sairaanhoitopiirissä on lautakunta, jonka tehtävänä on kehittää ja yhteensovittaa piirin kielellisen vähemmistön erikoissairaanhoitoa sekä vähemmistön kielellä annettavaa terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta. Lautakunnan jäseniksi on valittava sairaanhoitopiirin vähemmistökielisiä kuntia ja kaksikielisten kuntien vähemmistökielistä väestöä edustavia henkilöitä. Lautakunnan jäseniin ei sovelleta kuntalain (365/1995) 81 §:n 4 momentin eikä 82 §:n säännöstä.

21 §

Vähemmistökieliselä osavastuualueella toimivissa muissa kuin 2 momentissa tarkoitetuissa johtokunnissa on vähemmistökielinen jaosto vähemmistö- kielellä järjestettävää erikoissairaanhoitoa ja terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta koskevien asioiden käsitte-

21 §

Vähemmistökieliselä osavastuualueella toimivissa muissa kuin 2 momentissa tarkoitetuissa johtokunnissa on vähemmistökielinen jaosto vähemmistö- kielellä järjestettävää erikoissairaanhoitoa ja terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta koskevien asioiden

lyä varten. Johtosäännöllä voidaan määrätä, että jaoston jäsenenä on myös liittovaltuuston erikseen tehtävää varten valitsemia lisäjäseniä ja heidän varajäseniään. Jaoston jäsenten tulee edustaa sairaanhoitopiirin kielellistä vähemmistöä. *Vähemmistö-kieliselle jaostolle voidaan antaa ratkaistavaksi muitakin kuin kunnallislain 71 §:n 2 momentissa tarkoitettuja asioita.*

28 §

Yliopistollisessa sairaalassa toimivan yliopiston lääketieteellisen koulutusyksikön professorit voivat toimia sairaanhoitopiirin kuntainliitolle antamansa suostumuksen mukaisesti samalla yliopistollisen sairaalan ylilääkärin sivuviran tai -toimen haltijoina. Yliopiston muut opettajat voivat sairaanhoitopiirin kuntainliitolle antamansa suostumuksen mukaisesti samalla toimia yliopistollisen sairaalan lääkärin tai muun sivuviran tai -toimen haltijana sen mukaan, kuin sairaanhoitopiirin kuntainliitto tarkemmin määrää.

Jos professori ei ole käytettävissä ylilääkärin tehtävien hoitoon tai jos sairaanhoitopiirin kuntainliitto katsoo siihen olevan erityistä syytä, kuntainliitto voi enintään viideksi vuodeksi kerrallaan professorin sijasta määrätä ylilääkäriksi yliopiston apulaisprofessorin tai sairaalan viranhaltijan, jolla on vähintään dosentin pätevyys.

Yliopistollisessa sairaalassa voi olla myös muu sairaanhoitopiirin kuntainliiton valitsema ylilääkäri kuin yliopiston viranhaltija.

30 §

Sairanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloita ja muita toimintayksiköitä käytetään ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon, jollei 11 §:n mukaisesta järjestelystä tai 13–15 §:n mukaisista sopimuksista muuta johdu.

Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on kuitenkin 1 momentin säännöksen estämättä aina annettava sairaanhoitoa.

Sairanhoitopiirin alueella olevien korkeakoulujen sekä muiden oppilaitosten opiskeli-

käsittelyä varten. Johtosäännöllä voidaan määrätä, että jaoston jäsenenä on myös liittovaltuuston erikseen tehtävää varten valitsemia lisäjäseniä ja heidän varajäseniään. Jaoston jäsenten tulee edustaa sairaanhoitopiirin kielellistä vähemmistöä.

28 §

Yliopistollisessa sairaalassa toimivan yliopiston lääketieteellisen koulutusyksikön professorit voivat toimia sairaanhoitopiirin *kuntayhtymälle* antamansa suostumuksen mukaisesti samalla yliopistollisen sairaalan ylilääkärin sivuviran tai -toimen haltijoina. Yliopiston muut opettajat voivat sairaanhoitopiirin kuntainliitolle antamansa suostumuksen mukaisesti samalla toimia yliopistollisen sairaalan lääkärin tai muun sivuviran tai -toimen haltijana sen mukaan, kuin sairaanhoitopiirin *kuntayhtymä* tarkemmin määrää.

Jos professori ei ole käytettävissä ylilääkärin tehtävien hoitoon tai jos sairaanhoitopiirin *kuntayhtymä* katsoo siihen olevan erityistä syytä, kuntayhtymä voi enintään viideksi vuodeksi kerrallaan professorin sijasta määrätä ylilääkäriksi yliopiston apulaisprofessorin tai sairaalan viranhaltijan, jolla on vähintään dosentin pätevyys.

Yliopistollisessa sairaalassa voi olla myös muu sairaanhoitopiirin *kuntayhtymän* valitsema ylilääkäri kuin yliopiston viranhaltija.

30 §

Sairanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloita ja muita toimintayksiköitä käytetään ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon, *jollei tämän lain 11 §:n 1 momentin, 13, 14 §:n, 15 §:n 1 momentin mukaisesta järjestelystä tai terveydenhuoltolain 34, 43 ja 44 §:n mukaisista sopimuksista muuta johdu.*

Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on kuitenkin 1 momentin säännöksen estämättä aina annettava sairaanhoitoa.

joille annetaan sinä aikana, jonka he opiskelun vuoksi joutuvat oleskelemaan vieraan sairaanhoitopiirin alueella, sairaanhoitoa tämän sairaanhoitopiirin kuntainliiton sairaalassa tai muussa toimintayksikössä. Sama koskee henkilöitä, jotka työnsä vuoksi joutuvat oleskelemaan vieraalla paikkakunnalla tai kun muu seikka välttämättä vaatii sairaanhoidon antamista vieraassa sairaanhoitopiirissä.

(kumotaan 2 momentti)

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on ryhdyttävä toimenpiteisiin muun kuin 1 tai 3 momentissa tarkoitetun potilaan siirtämiseksi asianomaisen sairaanhoitopiirin kuntainliiton sairaalaan, milloin se on sairaanhoidon järjestämisen kannalta tarkoituksenmukaista ja voidaan tehdä potilaan tilaa vaarantamatta.

(kumotaan 3 momentti)

(kumotaan 4 momentti)

31 §

Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairautentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Muutoin henkilön ottaminen sairaalaan sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä.

(kumotaan)

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein.

Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun sen toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voi itse antaa hoitoa 1 ja 3 momentin mukaisesti, on sen hankittava hoito joltakin muulta palvelun tuottajalta sosiaali- ja terveydenhuollon

suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n mukaisesti.

Jos henkilöllä todettu sairaus tai oire on tarkoituksenmukaisinta hoitaa terveyskeskuksessa, on hänet ohjattava jatkohoitoon asianomaiseen terveyskeskukseen ja annettava terveyskeskukselle tarpeelliset hoito-ohjeet.

Terveydenhuollon toimintayksikön tulee julkaista tiedot 3 momentin mukaisista odotusajoista.

31 a §

Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voi järjestää Suomessa 31 §:ssä tarkoitettua hoitoa säädettyissä enimmäisajoissa, sen on potilaan pyynnöstä annettava ennakkolupa hakeutua sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kustannuksella hoitoon Euroopan talousalueen jäsenvaltioon tai Sveitsiin. Ennakkolupaa myönnettäessä on otettava huomioon potilaan senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku.

(kumotaan)

Ennakkolupaa koskevaan sairaan- hoitopiirin kuntayhtymän päätökseen voidaan hakea muutosta siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

33 §

Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää johtavan lääkärin antamien yleisten ohjeiden mukaan ylilääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu sairaanhoitopiirin kuntainliiton lääkäri.

(kumotaan)

Potilaalle on toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimisessa rajoissa pyrittävä varaamaan mahdollisuus valita häntä hoitava lääkäri asianomaisen toimintayksikön lääkäreistä. Myös potilaan jatkohoidossa hänet tulee ohjata aina, kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista, saman lääkärin hoitoon.

33 a §

Sairaanhoitopiirissä, joka käsittää ainoastaan samankielisiä kuntia, järjestetään sairaanhoito tällä kielellä. Potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuuluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulk-

(kumotaan)

Voimassa oleva laki

kaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä.

Erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia käsittävän sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaanhoito järjestetään kuntayhtymän molemmilla kielillä siten, että potilas saa palvelut valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee lisäksi huolehtia siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat sairaanhoitopalveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin ja tanskan kieltä. Kuntayhtymän on tällöin, mikäli mahdollista, huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

34 §

*Tartuntatautien vastustamistyön ja mielen-
terveystyön järjestämisessä samoin kuin mie-
lentilan tutkimisessa sairaalassa on lisäksi
noudatettava, mitä siitä on erikseen säädetty.*

(kumotaan)

35 §

Sairaanhoito on annettava sellaisessa sairaanhoitopiirin kuntainliiton sairaalassa tai muussa toimintayksikössä, jossa se voi tarkoituksenmukaisimmin tapahtua ottaen huomioon potilaan sairauden laatu sekä tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen tarve. Lisäksi on otettava huomioon sairaalan ja potilaan kodin välinen etäisyys sekä mahdollisuuksien mukaan potilaan oma taikka hänen omaistensa hoitopaikkaa koskeva toivomus. Erityistä huomiota on myös kiinnitettävä potilaan hoidon järjestämiseen hänen omalla äidinkielellään.

(kumotaan)

Jos potilas ei saa asuinpaikkansa perusteella määräytyvästä sairaalasta tai muusta toimintayksiköstä palvelua omalla äidinkielellään, on hänellä oikeus päästä hoitoon sellaiseen sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai toimintayksikköön, joka voi antaa hoitoa hänen äidinkielellään, suomeksi tai ruotsiksi. Sairaanhoitopiirin ja potilaan kotikunnan tulee sopia, mitkä ovat niitä toimintayksiköitä, joita potilas voi käyttää äidinkielisten palvelujen saamiseksi.

35 a §

Sosiaali- ja terveysministeriö antaa määräykset laitoshoidon määrittelystä ja siihen liittyvästä kansaneläkelaitoksen ja kuntien välisestä neuvottelu- ja lausuntomenettelystä. (kumotaan)

36 §

Jos potilaan sairaus sitä vaatii, on sairaanhoitopiirin kuntainliiton huolehdittava toimintayksikkönsä potilaan kuljetuksesta toisessa toimintayksikössä tai terveyskeskuksessa annettavaa hoitoa tai suoritettavia toimenpiteitä varten. (kumotaan)

37 §

Tämän lain mukaisista palveluista voidaan periä maksuja siten kuin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/92) säädetään. (kumotaan)

44 §

Jollei toisin ole sovittu, terveyskeskusta ylläpitävän kunnan tai kuntainliiton on suoritettava sairaanhoitopiirin kuntainliitolle 10 §:n 3 momentissa tarkoitetuista palveluista korvaus niin kuin siitä asetuksella säädetään. (kumotaan)

44 a §

Jos tässä luvussa tarkoitettua korvausta ei ole suoritettu eräpäivänä, saadaan vuotuista viivästyskorkoa periä eräpäivästä lukien enintään korkolain 4 §:n 3 momentissa tarkoitetun korkokannan mukaan. (kumotaan)

Viivästyskoron maksamisen perusteena oleva eräpäivä voi olla aikaisintaan kahden viikon kuluttua maksun määräytymisen perusteena olevan hoidon saamisesta.

45 §

Yliopistolla on oikeus käyttää 24 §:ssä tarkoitettua yliopistollista sairaalaa lääketieteellisen koulutusyksikön opetus- ja tutkimustoiminnan tarpeisiin. (kumotaan)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen koulutuksesta ja terveydenhuoltoalan tutkimuksesta huolehtivalla yliopistolla tai muulla viranomaisella on oikeus käyttää sairaanhoitopiirin kuntainliiton sairaaloita ja erillisiä toimintayksiköitä muunkin kuin 1 momentissa tarkoitetun terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen sen mu-

Voimassa oleva laki

kaan kuin siitä sairaanhoitopiirin kuntainliiton ja koulutus- ja tutkimustoimintaa harjoittavan viranomaisen kesken sovitaan.

46 §

Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee huolehtia siitä, että yliopiston tai muun viranomaisen käytettävissä on sellaiset koulutus- ja tutkimustoiminnassa tarvittavat huonetilat kiinteine kojeineen ja laitteineen sekä koulutus- ja tutkimushenkilökunnan ja opiskelijoiden sosiaaliset tilat, jotka on välttämätöntä sijoittaa sairaanhoitopiirin kuntainliiton laitokseen.

(kumotaan)

47 §

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, suoritetaan valtion varoista korvausta niihin kustannuksiin, jotka aiheutuvat lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta sekä yliopistotasoisesta terveystieteellisestä tutkimustoiminnasta. Koulutustoiminnan kustannuksiin suoritettava korvaus perustuu erikoistumiskoulutuksen osalta tutkintojen lukumäärään ja tutkinnosta määrättyyn korvaukseen. Peruskoulutuksen korvaus lasketaan lääkäri- ja hammas- lääkäriskoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettava korvaus perustuu tieteellisten julkaisujen lukumäärään ja julkaisuille annettuihin pisteisiin.

(kumotaan)

Edellä 1 momentissa tarkoitettulla perusteella määräytyvää koulutustoiminnan kustannuksiin suoritettavaa korvausta ei kuitenkaan suoriteta sosiaali- ja terveysministeriön määräämistä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäri- tutkinnoista. Jos tällaista koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sitä ylläpitävälle kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista korvausta koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin 47 a §:n 2 momentissa säädetyin perustein.

Yliopistollinen sairaala yhteensovittaa muissa erityisvastuualueensa terveydenhuollon toimintayksiköissä tehtävää yliopistotasoisesta terveystieteellistä tutkimusta yhdessä näiden terveyden- huollon toimintayksiköiden kanssa. Terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävälle kunnalle tai kuntayhtymälle, val-

tion mielisairaallalle ja asetuksessa säädetyille muulle terveydenhuollon toimintayksikölle suoritetaan valtion varoista korvausta tällaisesta tutkimus- toiminnasta aiheutuviin kustannuksiin. Korvaus perustuu tieteellisten julkaisujen lukumäärään ja julkaisuille annettuihin pisteisiin.

Kukin lääkäri- tai hammaslääkäri- koulutusta antava yliopisto ilmoittaa kalenterivuosittain sosiaali- ja terveysministeriölle suoritettujen lääkäri- ja hammaslääkäritutkimusten määrän sekä yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen 1 ja 3 momentissa tarkoitetuissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tehtyjen ja julkaistujen tutkimusten määrän.

47 a §

Silloin kun lääkärin tai hammaslääkärin peruskoulutusta annetaan muussa terveydenhuollon toimintayksikössä kuin yliopistollisessa sairaalassa, suorittaa yliopistollista sairaalaa ylläpitävä kuntayhtymä korvausta asianomaiselle kuntayhtymälle, kunnalle tai muulle palvelujen tuottajalle.

(kumotaan)

Silloin kun yliopisto käyttää lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutukseen muuta kuntayhtymän ylläpitämää terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, kunnan ylläpitämää terveydenhuollon toimintayksikköä, valtion mielisairaalaa tai asetuksessa säädettyä muuta terveydenhuollon toimintayksikköä, kuntayhtymälle, kunnalle, valtion mielisairaallalle tai muulle palvelujen tuottajalle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvausta yliopiston hyväksymän koulutusohjelman mukaisesta erikoistumiskoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin. Korvaus perustuu toteutuneisiin koulutuskuluihin.

Sairaanhoidopiiriä tai terveyskeskusta ylläpitävälle kunnalle tai kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvausta terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 14 §:ssä tarkoitettua palvelusta, lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetun asetuksen (1435/1993) 4 §:ssä tarkoitettua koulutuksesta ja siihen rinnastettavasta koulutuksesta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 6 §:ssä tarkoitettua laillistetun hammaslääkärin käytännön palvelusta ja siihen rinnastettavasta palvelusta

Voimassa oleva laki

johtuviin kustannuksiin. Korvaus perustuu koulutuksessa olevien ja koulutuskuukausien määrään. Korvausta ei kuitenkaan suoriteta terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 14 §:ssä tarkoitettua palvelusta siltä osin kuin se ylittää kuusi kuukautta, jollei Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto edellytä tätä pidempää palvelua.

47 b §

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta suoritettavan korvauksen suuruudesta, tie-teellisten julkaisujen painoarvoista ja yksikköhinnoista sekä korvauksen muista perusteista ja sen käytöstä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. (kumotaan)

Aluehallintovirasto maksaa 47 §:n 1 ja 2 momentissa tarkoitettua korvauksen yliopistolista sairaalaa ylläpitävälle kuntayhtymälle sekä 47 §:n 3 momentissa tarkoitettua korvauksen asianomaista terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävälle kunnalle, kuntayhtymälle, valtion mielisairaalalle ja muulle palvelujen tuottajalle. Edellä 47 a §:n 2 momentissa tarkoitettua palvelujen tuottajalle aluehallintovirasto maksaa korvauksen lääkärin ja hammaslääkärin erikoistumiskoulutuksesta puolivuositain kunnan, kuntayhtymän, valtion mielisairaalan ja muun palvelujen tuottajan tekemän, yliopiston hyväksymään koulutusohjelmaan perustuvan hakemuksen perusteella. Aluehallintovirasto maksaa 47 a §:n 3 momentissa tarkoitettua korvauksen puolivuositain kunnalle tai kuntayhtymälle sen tekemän hakemuksen perusteella.

Muilta osin korvauksen maksamiseen ja muuhun menettelyyn sekä muutoksenhakuun liittyvissä asioissa noudatetaan soveltuvin osin, mitä kuntien valtiosuuslain (1147/1996) 5 ja 6 luvussa säädetään.

48 §

Jos 46 §:ssä tarkoitettua huonetilat pysyvästi otetaan sairaanhoitopiirin kuntainliiton käyttöön, on kuntainliiton suoritettava valtiolle sen suuruinen osa omaisuuden arvosta, mikä suhteellisesti vastaa yliopiston tai muun viranomaisen suorittamaa korvausta, jollei valtioneuvosto toisin päättä. Kuntainliitolle tästä aiheutuviin kustannuksiin suoritetaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain nojalla määräyty- (kumotaan)

vä valtionosuus.

49 §

Sairaanhoitopiirin kuntainliiton viranhaltija on velvollinen osallistumaan terveydenhuoltoalan opetus- ja tutkimustoimintaan siten, kuin siitä on kuntainliiton ja yliopiston tai muun viranomaisen kesken sovittu. (kumotaan)

12 luku

Korvauksen suorittaminen sairaanhoitopiirijakoa muutettaessa (kumotaan)

56 a §

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäsenkunnalle aiheutuneiden poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasaamiseksi sairaanhoito- piirin kuntayhtymällä tulee olla kaikki tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kattava tasausjärjestelmä. (kumotaan)

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011. Lain 47 ja 47 a § :ää sovelletaan kuitenkin yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimuksen korvauksiin 31 päivään joulukuuta 2011 asti.

Ennen tämän lain voimaan tuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

4.

Laki**sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) 5 §:n 1, 6 ja 7 kohdat, 8 §:n 1 ja 2 momentti, 9 §:n 2 momentti, 12 §:n 1 momentti, 13 a §:n 2 momentti ja 13 b §, sellaisena kuin niistä ovat 5 §:n 1 kohta laissa 1408/2001, 9 §:n 2 momentti laissa 858/2004, 12 §:n 1 momentti laissa 1311/2003 sekä 13 a §:n 2 momentti ja 13 b § laissa 1363/2004, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

5 §

5 §

Maksuttomat terveyspalvelut

Maksuttomat terveyspalvelut

Terveydenhuollon palveluista ovat maksuttomia:

1) kansanterveyslain (66/1972) 14 §:n 1 momentin 1–6 ja 9 kohdassa sekä 14 a §:n 1 momentin 1 kohdassa tarkoitetut palvelut ja hoitoon kuuluvat aineet lukuun ottamatta 18 vuotta täyttäneiden avosairaanhoidon lääkäripalvelujen käyttöä, kotisairaanhoidoa, laitoshoidona annettua kuntoutusta, yksilökohtaista fysioterapiaa, sairaankuljetusta, ylläpitoa, lääkärin ja hammaslääkärin antamia todistuksia ja lausuntoja, jotka eivät liity potilaan hoitoon, sekä 18 vuotta täyttäneelle annettua hampaiden tutkimusta ja hoitoa sekä yksityislääkärin läheteellä terveyskeskuksessa tehtäviä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia;

6) erikoissairaanhoidon lain 1 §:n 2 momentissa tarkoitettuun lääikinnälliseen kuntoutukseen kuuluva neuvonta, kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia selvittävä tutkimus sekä sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus;

7) kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 1–6 kohdassa ja erikoissairaanhoidon lain 1 §:n 2 momentissa tarkoitettuihin palveluihin liittyvät apuvälineet sekä niiden sovitus, tarpeelli-

Terveydenhuollon palveluista ovat maksuttomia:

1) *terveydenhuoltolain (/) 13 - 17 §:ssä, 19 §:n 1 kohdassa, 20, 24, 27, 29, 39 ja 40 §:ssä* tarkoitetut palvelut ja hoitoon kuuluvat aineet lukuun ottamatta 18 vuotta täyttäneiden avosairaanhoidon lääkäripalvelujen käyttöä, kotisairaanhoidoa, laitoshoidona annettua kuntoutusta, yksilökohtaista fysioterapiaa, sairaankuljetusta, ylläpitoa, lääkärin ja hammaslääkärin antamia todistuksia ja lausuntoja, jotka eivät liity potilaan hoitoon, sekä 18 vuotta täyttäneelle annettua hampaiden tutkimusta ja hoitoa sekä yksityislääkärin läheteellä terveyskeskuksessa tehtäviä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia;

6) *terveydenhuoltolain 29 §:ssä* tarkoitettuun lääikinnälliseen kuntoutukseen kuuluva neuvonta, kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia selvittävä tutkimus sekä sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus;

7) *terveydenhuoltolain 13 - 17 §:ssä, 20, 24, 27, 29, 39 ja 40 §:ssä* tarkoitettuihin palveluihin liittyvät apuvälineet sekä niiden sovitus, tarpeellinen uusiminen ja huolto paitsi

nen uusiminen ja huolto paitsi silloin, kun apuvälineen tarve aiheutuu tapaturmavakuutuslain (608/48), maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain (1026/81), sotilasvammalain (404/48), liikennevakuutuslain (279/59), potilasvahinkolain (585/86) tai näitä vastaavan aikaisemman lain mukaan korvattavasta vahingosta tai ammattitaudista; sekä

silloin, kun apuvälineen tarve aiheutuu tapaturmavakuutuslain (608/48), maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain (1026/81), sotilasvammalain (404/48), liikennevakuutuslain (279/59), potilasvahinkolain (585/86) tai näitä vastaavan aikaisemman lain mukaan korvattavasta vahingosta tai ammattitaudista; sekä

8 §

Työterveyshuollon maksut

Terveyskeskuksen tuottamista kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 7 kohdassa ja 14 a §:n 1 momentin 2 kohdassa tarkoitetuista työterveyshuoltopalveluista tai terveyskeskuksen työnantajalle järjestämistä kansanterveyslain 15 §:n 4 momentissa tarkoitetuista sairaanhoito- ja muista terveydenhuoltopalveluista työnantaja on velvollinen suorittamaan terveyskeskukselle asetuksella säädettävien perusteiden mukaan määräytyvät maksut ja korvaukset terveydenhuollon eri toimenpiteistä ja toiminnoista.

Terveyskeskuksen järjestämästä kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 8 kohdassa tarkoitettu työterveyshuollosta yrittäjä tai muu omaa työtään tekevä on velvollinen suorittamaan terveyskeskukselle asetuksella säädettävien perusteiden mukaan määräytyvät maksut ja korvaukset «terveydenhuollon» eri toimenpiteistä ja toiminnoista.

9 §

Erityispoliklinikkatoiminnan maksu

Erityispoliklinikkatoiminnan palvelujen käytön tulee perustua siihen, että palvelun käyttäjä on itse vapaaehtoisesti hakeutunut tutkittavaksi tai hoidettavaksi poliklinikalle ja että potilas on tietoinen erityispoliklinikan maksukäytännöstä. Potilaalla tulee halutesaan olla mahdollisuus päästä erikoissairaanhoitolain perusteella sairaanhoitopiiriin järjestämisvastuulla olevaan hoitoon siten, että maksu määräytyy tämän pykälän sijasta muiden tämän lain ja sen nojalla annettujen sään-

8 §

Työterveyshuollon maksut

Terveyskeskuksen tuottamista *terveydenhuoltolain 18 §:n 1 momentissa ja 19 §:n 2 kohdassa* tarkoitetuista työterveyshuoltopalveluista tai terveyskeskuksen työnantajalle järjestämistä *18 §:n 3 momentissa* tarkoitetuista sairaanhoito- ja muista terveydenhuoltopalveluista työnantaja on velvollinen suorittamaan terveyskeskukselle asetuksella säädettävien perusteiden mukaan määräytyvät maksut ja korvaukset terveydenhuollon eri toimenpiteistä ja toiminnoista.

Terveyskeskuksen järjestämästä *terveydenhuoltolain 18 §:n 2 momentissa* tarkoitettu työterveyshuollosta yrittäjä tai muu omaa työtään tekevä on velvollinen suorittamaan terveyskeskukselle asetuksella säädettävien perusteiden mukaan määräytyvät maksut ja korvaukset terveydenhuollon eri toimenpiteistä ja toiminnoista.

9 §

Erityispoliklinikkatoiminnan maksu

Erityispoliklinikkatoiminnan palvelujen käytön tulee perustua siihen, että palvelun käyttäjä on itse vapaaehtoisesti hakeutunut tutkittavaksi tai hoidettavaksi poliklinikalle ja että potilas on tietoinen erityispoliklinikan maksukäytännöstä. Potilaalla tulee halutesaan olla mahdollisuus päästä *terveydenhuoltolain* perusteella sairaanhoitopiiriin järjestämisvastuulla olevaan hoitoon siten, että maksu määräytyy tämän pykälän sijasta muiden tämän lain ja sen nojalla annettujen säännös-

nösten mukaisesti.

ten mukaisesti.

12 §

Ostopalvelu ja palveluseteli

Jos kunta tai kuntayhtymä järjestää palveluja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitetulla tavalla ostopalveluna, palvelun käyttäjältä on perittävä samat maksut ja korvaukset kuin kunnan tai kuntayhtymän itse järjestämistä vastaavista palveluista.

12 §

Ostopalvelu ja palveluseteli

Jos kunta tai kuntayhtymä järjestää palveluja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitetulla tavalla ostopalveluna, palvelun käyttäjältä on perittävä samat maksut ja korvaukset kuin kunnan tai kuntayhtymän itse järjestämistä vastaavista palveluista.

13 a §

Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen perusteella korvattavaa sairaanhoitoa koskeva maksu

Hoitopalvelun järjestämisestä aiheutuvilla kustannuksilla tarkoitetaan 1 momentissa maksua, jonka kuntayhtymän ulkopuolinen kunta erikoissairaanhoitolain 42 ja 43 §:n nojalla maksaisi kuntayhtymälle asukkaansa hoitokustannuksista, jos hoito tulisi kunnan maksettavaksi. Jos palvelun käyttäjä saa hoitoa kunnan tai kuntayhtymän ylläpitämässä terveyskeskuksessa, sairaalassa tai muussa terveydenhuollon toimintayksikössä, tarkoitetaan palvelun järjestämisestä aiheutuvilla kustannuksilla maksua, joka kansanterveyslain 22 §:n 2 momentin nojalla perittäisiin toisesta kunnasta olevan potilaan kotikunnalta.

13 a §

Lakisääteisen tapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen perusteella korvattavaa sairaanhoitoa koskeva maksu

Hoitopalvelun järjestämisestä aiheutuvilla kustannuksilla tarkoitetaan 1 momentissa maksua, jonka kuntayhtymän ulkopuolinen kunta terveydenhuoltolain 58 §:n nojalla maksaisi kuntayhtymälle asukkaansa hoitokustannuksista, jos hoito tulisi kunnan maksettavaksi. Jos palvelun käyttäjä saa hoitoa kunnan tai kuntayhtymän ylläpitämässä terveyskeskuksessa, sairaalassa tai muussa terveydenhuollon toimintayksikössä, tarkoitetaan palvelun järjestämisestä aiheutuvilla kustannuksilla maksua, joka terveydenhuoltolain 58 §:n nojalla perittäisiin toisesta kunnasta olevan potilaan kotikunnalta.

13 b §

Terveydenhuollon toimintayksikön ilmoitusvelvollisuus

Kansanterveyslain tai erikoissairaanhoitolain perusteella sairaanhoitoa julkisena terveydenhuoltona antavan terveydenhuollon toimintayksikön on viipymättä, kuitenkin viimeistään kymmenen arkipäivän kuluessa hoidon alkamisesta, ilmoitettava salassapito-

13 b §

Terveydenhuollon toimintayksikön ilmoitusvelvollisuus

Kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain ja terveydenhuoltolain perusteella sairaanhoitoa julkisena terveydenhuoltona antavan terveydenhuollon toimintayksikön on viipymättä, kuitenkin viimeistään kymmenen arkipäivän kuluessa hoidon alkamisesta, ilmoitetta-

säännösten ja muiden tiedonsaantia koskevien säännösten estämättä 13 a §:n 1 momentissa tarkoitetulle vakuutuslaitokselle tai Valtiokonttorille sellaisen hoidon aloittamisesta, joka todennäköisesti johtuu niiden korvausvelvollisuuden piiriin kuuluvasta vammasta tai sairaudesta. Ilmoitusvelvollisuus ei koske tapaturmavakuutuslain 15 §:n 3 momentin 1 ja 2 virkkeessä ja liikennevakuutuslain 6 a §:n 3 momentin 1 ja 2 virkkeessä tarkoitettua hoitoa. Ilmoitukseen on sisällytettävä terveydenhuollon toimintayksikön hallussa olevat tiedot vamman tai sairauden laadusta ja tapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta sekä vahingoittuneen henkilötiedot. Tapaturmissa ja ammattitaupeissa ilmoitukseen on sisällytettävä myös tiedot vahingoittuneen työnantajasta ja vakuutuslaitoksesta, jossa työnantajan työntekijät on vakuutettu, sekä liikennevahingoissa liikennevahingosta vastuullisesta tai siihen osallisista moottoriajoneuvoista ja näiden liikennevakuutuslaitoksista. Lisäksi ilmoitukseen on merkittävä tiedot hoidon alkamispäivästä ja hoitotoimenpiteistä, hoitosuunnitelmasta ja sen kustannuksista sekä muut maksusitoumuksen antamista varten välttämättömät tiedot. Jos korvausvelvollinen vakuutuslaitos ei ole terveydenhuollon toimintayksikön tiedossa, ilmoitus tehdään työtapaturmissa ja ammattitaupeissa Tapaturmavakuutuslaitosten liitolle ja liikennevahingoissa Liikennevakuutuskeskukselle.

Kansanterveyslain tai erikoissairaanhoitolain perusteella sairaanhoitoa julkisena terveydenhuoltona antavan terveydenhuollon toimintayksikön on pyynnöstä annettava viipymättä vakuutuslaitokselle tapaturmavakuutuslain 15 §:ssä ja liikennevakuutuslain 6 a §:ssä tarkoitettua maksusitoumusta varten tarpeelliset tiedot siitä, milloin potilas otetaan hoitoon, ja hoidosta todennäköisesti aiheutuvista kustannuksista.

va salassapitosäännösten ja muiden tiedonsaantia koskevien säännösten estämättä 13 a §:n 1 momentissa tarkoitetulle vakuutuslaitokselle tai Valtiokonttorille sellaisen hoidon aloittamisesta, joka todennäköisesti johtuu niiden korvausvelvollisuuden piiriin kuuluvasta vammasta tai sairaudesta. Ilmoitusvelvollisuus ei koske tapaturmavakuutuslain 15 §:n 3 momentin 1 ja 2 virkkeessä ja liikennevakuutuslain 6 a §:n 3 momentin 1 ja 2 virkkeessä tarkoitettua hoitoa. Ilmoitukseen on sisällytettävä terveydenhuollon toimintayksikön hallussa olevat tiedot vamman tai sairauden laadusta ja tapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta sekä vahingoittuneen henkilötiedot. Tapaturmissa ja ammattitaupeissa ilmoitukseen on sisällytettävä myös tiedot vahingoittuneen työnantajasta ja vakuutuslaitoksesta, jossa työnantajan työntekijät on vakuutettu, sekä liikennevahingoissa liikennevahingosta vastuullisesta tai siihen osallisista moottoriajoneuvoista ja näiden liikennevakuutuslaitoksista. Lisäksi ilmoitukseen on merkittävä tiedot hoidon alkamispäivästä ja hoitotoimenpiteistä, hoitosuunnitelmasta ja sen kustannuksista sekä muut maksusitoumuksen antamista varten välttämättömät tiedot. Jos korvausvelvollinen vakuutuslaitos ei ole terveydenhuollon toimintayksikön tiedossa, ilmoitus tehdään työtapaturmissa ja ammattitaupeissa Tapaturmavakuutuslaitosten liitolle ja liikennevahingoissa Liikennevakuutuskeskukselle.

Kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain ja terveydenhuoltolain perusteella sairaanhoitoa julkisena terveydenhuoltona antavan terveydenhuollon toimintayksikön on pyynnöstä annettava viipymättä vakuutuslaitokselle tapaturmavakuutuslain 15 §:ssä ja liikennevakuutuslain 6 a §:ssä tarkoitettua maksusitoumusta varten tarpeelliset tiedot siitä, milloin potilas otetaan hoitoon, ja hoidosta todennäköisesti aiheutuvista kustannuksista.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011.

Ennen tämän lain voimaan tuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.