

Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan täsmennettäväksi terveydenhuollon lainsäädäntöä hoidon saatavuuden turvaamiseksi. Muutoksia ehdotetaan tehtäväksi kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidonlakiin, potilaan asemasta ja oikeuksista annettuun lakiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin.

Esityksen mukaan terveyskeskukseen pitäisi saada arkipäivisin virka-aikana välitön yhteys ja kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin terveydenhuollon ammattihenkilölle olisi päästävä kolmessa arkipäivässä yhteydenotosta. Lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon olisi päästävä kohtuullisessa ajassa, perusterveydenhuollossa viimeistään kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos hoidon antamista voidaan perustellusta syystä lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi olisi aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta terveydenhuollon toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun erikoissairaanhoidon olisi päästävä viimeistään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Lasten ja nuorten mielen-terveyspalveluissa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito olisi järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Jos hoitoa ei voida antaa säädetyissä enimmäisajoissa, kunnan tai kuntayhtymän

olisi järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta potilaalle aiheutuvan asiakasmaksun muuttumatta. Hoidosta päättäisi edelleenkin, samoin kuin nykyisin terveydenhuollon ammattihenkilö, viime kädessä lääkäri tai hammaslääkäri.

Esityksellä ei luoda potilaalle subjektiivista oikeutta päästä hoitoon. Potilaalla ei myöskään olisi rajatonta oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa, vaan hänen terveydentilastaan johtuvan hoidon tarpeen arvioisi terveydenhuollon ammattihenkilö. Hoitoon pääsy turvattaisiin silloin, kun kyse olisi lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perustellusta hoidosta, joka määrittyisi muun muassa kansallisista hoitosuosituksista tai vakiintuneen hoitokäytännön perusteella. Hoidon saatavuuden turvaamisen keskeisenä arvoperustana olisi oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden lisääminen hoitoon pääsyssä.

Sairaanhoidopiirien kuntayhtymien vastuuta sairaanhoidopiirin sairaalaan hoitoon lähetettyjen potilaiden hoidon järjestämisessä esitetään selvennettäväksi. Kaikille sairaanhoidopiirin jäsenkuntien asukkaille olisi järjestettävä palvelut samojen periaatteiden mukaisesti. Myös mahdollisuuksia saada tietoja hoitoon pääsystä vahvistettaisiin siten, että terveydenhuollon toimintayksikön tulee julkaista odotusajat.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia ehdotetaan muutettavaksi siten, että potilaalle olisi ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta ja, jos se muuttuisi, hänelle olisi ilmoitettava muutoksen syy. Lakiin ehdotetaan lisäksi otettavaksi säännös tutkimus- tai hoitosuunnitelmasta, joka vahvistaisi erityisesti pitkäaikais sairauksien ja lääketieteellisessä kuntoutuksessa olevan potilaan asemaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettua lakia ehdotetaan muutettavaksi siten, että lääkäreiden erikoismaksuluokka-

järjestelmästä ja sen perusteella erikoismaksuluokassa hoidettavilta potilailta perittävistä lisämaksuista luovuttaisiin. Erikoismaksuluokan korvaisi erityinen erityispoliklinikkatoiminta, jonka yhteydessä hoidettavilta poti-

lailta voitaisiin periä normaalia poliklinikkatoimintaa korkeammat maksut.

Lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005.

SISÄLLYSLUETTELO

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ	1
YLEISPERUSTELUT	5
1. Johdanto	5
2. Nykytila.....	6
2.1. Lainsäädäntö ja käytäntö.....	6
2.1.1. Perustuslain säännökset	6
2.1.2. Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu	7
2.1.3. Julkisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän raja.....	10
2.1.4. Ammatinharjoittamislainsäädäntö	11
2.1.5. Potilaan oikeus hoitoon	11
2.1.6. Terveydenhuollon oikeussuojajärjestelmä	12
2.1.7. Terveyspalvelujen valvonta	13
2.1.8. Asiakasmaksut	15
2.1.9. Muu lainsäädäntö	16
Hallintolaki.....	16
Laki julkisista hankinnoista ja laki kilpailunrajoituksista	16
Sosiaaliturvan koordinaatiolainsäädäntö ja hoitoon hakeutuminen ulkomaille.....	17
EU:n direktiiviehdotus palveluista sisämarkkinoilla	17
2.2. Kansainvälinen kehitys sekä Ruotsin, Norjan ja Tanskan lainsäädäntö.18	
2.2.1. Ruotsi	18
2.2.2. Norja	20
2.2.3. Tanska.....	22
2.3. Nykytilan arviointi.....	24
3. Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset.....	28
3.1. Tavoitteet.....	28
3.2. Toteuttamisvaihtoehdot	29
3.3. Keskeiset ehdotukset	29
4. Esityksen vaikutukset.....	30
4.1. Tavoitellut vaikutukset.....	30
4.2. Taloudelliset vaikutukset	31
4.3. Vaikutukset viranomaisten tehtäviin ja menettelytapoihin.....	33
5. Asian valmistelu	34
5.1. Valmisteluvaiheet ja -aineisto	34
5.2. Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen.....	35
YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT	36
1. Lakiehdotusten perustelut	36
1.1. Kansanterveyslaki.....	36
1.2. Erikoissairaanhoitolaki	40
1.3. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	44

1.4. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.....	46
2. Tarkemmat säännökset ja määräykset.....	47
3. Voimaantulo	47
4. Säättämisjärjestys	47
LAKIEHDOTUKSET	48
Laki kansanterveyslain muuttamisesta	48
Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta.....	49
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta.....	51
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamisesta	52
LIITE	53
RINNAKKAISTEKSTIT	53
Laki kansanterveyslain muuttamisesta	53
Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta.....	55
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta.....	59
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamisesta	61

YLEISPERUSTELUT

1. Johdanto

Esityksen tavoitteena on hoitoon pääsyn turvaaminen ja kunnallisen järjestämistuun täsmittäminen. Valtioneuvosto asetti syyskuussa 2001 kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, jäljempänä kansallinen terveyshanke. Hankkeen tavoitteeksi asetettiin väestön terveys- tarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvyistä riippumatta. Kansallinen terveyshanke jatkuu vuoteen 2007 saakka. Valtioneuvosto hyväksyi huhtikuun 11 päivänä 2002 periaatepäätöksen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Periaatepäätöksen keskeisin asia on hoitoon pääsyn turvaaminen. Esityksessä ehdotetaan hoitoon pääsyn turvaamiseksi terveydenhuollon lainsäädäntöä täsmennettäväksi siten, että kansanterveyslakiin (66/1972) ja erikoissairaanhoitolakiin (1062/1989) kirjattaisiin hoitoon pääsyn enimmäisajat.

Terveydenhuoltoa ohjaavia keskeisiä säännöksiä ovat perustuslakiin kirjatut perusoikeudet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, jäljempänä potilaslaki), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, jäljempänä ammattihenkilölaki), kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki. Lisäksi monissa muissa säädöksissä on terveydenhuoltoa koskevia normeja.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Myös yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa koskevilla säännöksillä on ollut perinteisesti tärkeä merkitys perusoikeusjärjestelmässä. Perusoikeuksista yhdenvertaisuus- ja syrjinnän kieltäviä säännöksiä on erittäin tärkeä myös terveydenhuollossa. Perustuslain 6 §:n 2 momentissa on erityinen syrjinnän kieltävä säännös. Säännöksen mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Lainsäädännön mukaan palvelujen järjestämistä ja toimeenpääntä on pääosin kuntien ja kuntayhtymien tehtävien. Julkista terveydenhuoltoa täydentää yksityinen terveydenhuolto. Terveyspalvelujen järjestäminen kuuluu kuntien ensisijaisiin tehtäviin. Valtiolla kuuluu vastuu terveyspolitiikan ohjauksesta ja yleisistä toimintaedellytyksistä. Valtio sääntelee lainsäädännöllä kuntien ja kuntayhtymien tehtäviä sekä osallistuu myös toiminnan rahoitukseen valtionosuuksien avulla. Kunnan ja kuntayhtymien järjestämisvelvollisuuksista on säädetty terveydenhuollon erityislainsäädännössä, erityisesti kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. Valtionosuuksista ja niihin liittyvästä suunnittelujärjestelmästä sekä kunnan velvollisuudesta osoittaa voimavaroja terveydenhuoltoon säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetussa laissa (733/1992, jäljempänä STVOL).

Viime vuosina terveydenhuollon toimintaedellytyksissä ja palvelujen saatavuudessa on ollut ongelmia, joita ratkaistaan kansallisessa terveyshankkeessa. Periaatepäätöksen mukaan terveydenhuollon palvelujärjestelmää kehitetään kuntien ja valtion yhteistyönä ottaen huomioon yksityisen ja kolmannen sektorin toiminta. Palvelujärjestelmän toimivuuden turvaamiseksi valtioneuvosto päätti kehittää perusterveydenhuoltoa ja ennaltaehkäisevää työtä, turvata hoitoon pääsyä, turvata henkilöstön saatavuuden ja osaamisen, uudistaa toimintoja ja rakenteita sekä vahvistaa terveydenhuollon rahoitusta. Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi hankkeen toteuttamista.

Hoitoon pääsyä on tarkasteltava kokonaisuutena. Terveydenhuoltojärjestelmä muodostuu lukuisista osajärjestelmistä ja toiminnoista, joiden tavoitteet eivät välttämättä ole yhdensuuntaisia. Monimuotoisuutta lisää suuri joukko terveyspalvelujen tuottajia, jotka ovat sekä julkisia (kuntien ja kuntayhtymien ylläpitämiä) että yksityisiä. Myös terveydenhuollon rahoitus on monikanavainen. Terveyspalveluja rahoitetaan pääosin valti-

onosuuksilla, kunnallisverotuloilla ja asiakasmaksuilla. Terveyspalvelujen rahoittajia ovat myös kansaneläkelaitos, sairauskassat, yksityiset sairausvakuutukset, lakisääteiset tapaturma- ja liikennevakuutukset, työnantajat ja työntekijät.

Hoitoon pääsyn turvaamisessa on kyse lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perustellusta hoidosta, joka määrittyy kansallisista hoitosuosituksista tai muutoin vakiintuneista hoitokäytännöistä. Potilaslaissa säädetään, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään, laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Laadultaan hyvä hoito on oikeaa hoitoa oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa.

Viime vuosina terveydenhuollon toiminta-edellytyksissä ja palvelujen saatavuudessa on ollut ongelmia. Yhteydensaanti terveyskeskuksiin on joillakin alueilla ollut vaikeaa, toimintakäytännöt maan eri alueilla poikkeavat toisistaan huomattavasti, hoitojonot ovat joissakin sairauksissa kohtuuttoman pitkiä. Hoitoon pääsyn jatkuva parantaminen vaatii tarkennettujen säännösten lisäksi terveyspalvelujen tuottajaorganisaatioiden pitkäjänteistä ja järjestelmällistä kehittämistä sekä toimintakäytäntöjen muutoksia. Tätä kehittämistä tehdään kansallisen terveyshankkeen eri osahankkeissa.

2. Nykytila

2.1. Lainsäädäntö ja käytäntö

2.1.1. Perustuslain säännökset

Perustuslaki tuli voimaan maaliskuussa 2000. Perusoikeusuudistus tuli kuitenkin voimaan jo elokuussa 1995. Perusoikeudet sisällytettiin sisällöllisesti lähes sellaisenaan perustuslakiin, sen 2 luvuksi. Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveyspalveluita. Ihmisarvoisen elämän perusedellytyksiä turvaavat erityisesti oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon sekä eräät lasten, vanhusten, vammaisten ja kehitys-

vammaisten huoltoon kuuluvat tukitoimet (HE 309/1993 vp). Perustuslain 19 §:n 3 momenttiin sisältyvä säännös velvoittaa julkista valtaa turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistämään väestön terveyttä. Perusoikeussäännös edellyttää, että julkinen valta turvaa palvelujen saatavuuden. Palvelujen riittävyden määrittelyssä hallituksen perusoikeusuudistusta koskeva esitys asetti lähtökohdaksi tason, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 309/1993 vp).

Valtion ja kuntien tulee lainsäädäntötoimin, voimavaroja myöntämällä ja toiminnan asianmukaisella järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät terveyspalvelut. Sikäli kuin esimerkiksi perustuslain 19 §:n 3 momentin tarkoittamien terveyspalvelujen taso on lainsäädännön perusteella riippuvainen kuntien päätöksistä, kuntien on osaltaan huolehdittava muun muassa talousarviopäätöksissään siitä, että jokaiselle turvataan säännöksen edellyttämät riittävät palvelut. Samoin säännös edellyttää, että kunnat eivät laske jo saavutettua palvelutasoa riittävyysminimin alle. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät terveydenhuollon erityislainsäädännön, kuten kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain säännökset kuntien yleisestä palvelujen järjestämisvelvollisuudesta. Talousarviopäätöksissä perusoikeussäännökset toimivat etusijanormina, jotka on otettava huomioon, kun kuntien käytettävissä olevia voimavaroja kohdennetaan eri tarkoituksiin.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Julkisella vallalla tarkoitetaan sekä valtiota että kuntia. Hallituksen perusoikeusuudistusta koskevan esityksen perusteissa korostettiin, että turvaamisvelvollisuudessa ei ole kyse vain menettelyvaatimukseen liittyvästä muodollisesta oikeusturvasta, vaan että säännös edellyttää myös perusoikeuksien aineellista turvaamista (HE 309/1993 vp). Perusoikeuksien toteuttaminen edellyttää julkisen vallan aktiivisia toimenpiteitä, tosiasiallisten edellytysten luomista perusoikeuksien toteuttamiseksi. Keskeisiin keinoihin kuuluvat perusoikeuksien käyttöä turvaavan ja

täsmäntävän lainsäädännön säätäminen sekä taloudellisten voimavarojen kohdentaminen.

Muut perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla terveystalouden turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Hallituksen esityksessä viitattiin yhdenvertaisuuteen ja syrjinnän kieltoon (6 §), oikeuteen elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suojaan (10 §) samoin kuin uskonnon ja omanntunnon vapauteen (11 §). Sosiaali- ja terveysvaliokunta korosti lausunnossaan lisäksi perustuslain mukaista tallennejulkisuuden (12 §) sekä itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeuden (14 §:n 3 momentti) merkitystä (StVL 5/1994 vp).

Perusoikeusuudistuksen yhteydessä korostettiin sitä, että julkisen vallan velvollisuutena on edistää tosiasiallista tasa-arvoa yhteiskunnassa. Yhdenvertaisuussäännös toteuttaa siten myös perustuslain 1 §:n yleistä arvolähtökohtaa oikeudenmukaisuuden edistämisestä yhteiskunnassa. Terveystaloudella on annettava siten, ettei ihmisiä ilman lääketieteellisesti perusteltua syytä aseteta eri asemaan muun muassa heidän ikänsä, terveydentilansa tai vammaisuutensa perusteella. Erityisesti pidetään tärkeänä alueellisen tasa-arvon toteutumista perusoikeuksien toteutumisessa.

Yhdenvertaisuussäännökseen sisältyy myös mielivallan kieltä ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Perustuslain yhdenvertaisuussäännös rajoittaa siten myös erilaisuutta kuntien palveluvalikoimissa ja niiden järjestämistavoissa. Yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että toiminnasta vastaava taho järjestää toiminnan siten, että kaikilla henkilöillä, jotka kuuluvat toimijan vastuupiiriin, tulee olla mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perustein. Kun sairaanhoitopiirillä on vastuu erikoissairaanhoidon järjestämisestä, merkitsee tämä samalla sitä, että kaikille sairaanhoitopiirin jäsenkuntien asukkaille tulee järjestää palvelut samojen periaatteiden mukaisesti.

Perustuslain 7 §:n oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen on luonteeltaan yleisperusoikeus, joka suojaa ihmisen fyysistä vapautta sekä myös hänen tahdonvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Säännöksellä oikeudesta elämään on läheinen yhteys myös perustus-

lain 19 §:n 1 momenttiin, jonka mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Yhdessä nämä säännökset turvaavat oikeuden elämän perusedellytyksiin.

Kunnille on perustuslain 121 §:ssä vahvistettu itsehallinto. Perusoikeuksien toteuttaminen edellyttää pääsääntöisesti, että kunnille annettavista tehtävistä ja velvoitteista on säädettävä lailla. Myös Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirja (SopS 66/1991) edellyttää, että paikallisten viranomaisten perustavanlaatuiset toimivaltuudet ja tehtävät säädetään perustuslaissa tai muussa laissa. 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 valtiosuusjärjestelmän kautta niihin kustannuksiin, jotka kunnille muodostuvat, kun ne järjestävät palvelut.

Perustuslain 124 §:n mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi, eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältävä tehtävä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle.

2.1.2. Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu

Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidoissa on terveydenhuollon järjestäminen säädetty kuntien tehtäväksi, joten niillä on vastuu tämän julkiselle vallalle säädetyin velvoittein toteuttamisesta käytännössä. Yksityinen terveydenhuolto täydentää julkisia palveluja. Voimassa olevan lainsäädännön mukaan palvelut on eroteltu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kuntien lähinnä terveyskeskuksissa järjestämiä palveluja. Erikoissairaanhoidon tapahtuu pääsääntöisesti suuremmissa yksiköissä sairaanhoitopiirin hallinnoimana. Erikoissairaanhoidon osalta

vastuu on säädetty sairaanhoitopiirien kuntayhtymille. Sairaanhoitopiirien tulee siten huolehtia perustuslain 19 §:n edellyttämästä erikoissairaanhoidosta.

Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoito-laissa määritellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät sekä terveyskeskusten ja sairaaloiden velvoitteet ja vastuut. Julkisen terveydenhuollon järjestämismääräyksen 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. Järjestämismääräyksen kuuluu myös velvollisuus järjestää tarvittaessa mahdollisuus erikoislääkärihoitoon.

Terveydenhuollon järjestämismääräystä koskeva lainsäädäntö on puitelainsäädäntöä, jossa kunnan vastuut on säädetty yleisellä tasolla niin, ettei sen perusteella voida yksiselitteisesti määrittellä toiminnan laajuutta tai sisältöä. Tosin aivan viime vuosina on pyritty myös aikaisempaa yksityiskohtaisemmin määrittelemään, mitä hoitoa ja missä ajassa lainsäädäntö edellyttää hoitoa järjestettävän, tästä esimerkkinä voidaan todeta lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, joista säädettiin vuoden 2001 alussa voimaan tulleella mielenterveysasetuksen muutoksella.

Mielenterveysasetuksessa on määritelty tietyt enimmäisajat, joiden kuluessa tutkimus ja hoito on järjestettävä. Asetuksen 6 a §:ssä säädetään tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista silloin, kun lapsi tai nuori on saanut lääkärin lähetteen psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarpeen arviointiin tai hänellä on todettu tällaisen arvioinnin perusteella hoidon tarve. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon yksikköön taikka sitä vastaavaan yksikköön. Määräaika on enimmäisaika. Mikäli lapsi tai nuori on kiireellisen hoidon tarpeessa, tulee lähete tutkia nopeammin, tarvittaessa välittömästikin. Jos arvioinnissa lapsen tai nuoren todetaan tarvitsevan hoitoa, se on aloitettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun selvitys on tehty. Hoitoon pääsyn ajankohdan tulee kuitenkin

määräytyä hoidon edellyttämän kiireellisyyden perusteella ja tarvittaessa hoito on aloitettava välittömästi. Asetuksessa säänneltiin myös hoidossa tarpeellisten tietojen vaihdon parantamisesta silloin, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen sekä alueellisen yhteistyön lisäämisestä.

Kansanterveyslain mukaisia palveluja tai kunnan erikseen päättämiä kansanterveys-työhön kuuluvia tehtäviä varten kunnalla tai kuntayhtymällä on oltava terveyskeskus. Suomessa oli vuonna 2002 kaikkiaan 270 terveyskeskusta. Terveyskeskusten toimintaa on kehitetty väestövastuu- tai omalääkärijärjestelmän mukaisesti 1980-luvun loppupuolelta lähtien. Väestövastuinen toiminta edellyttää lääkärin vastaanotto toiminnan, hoitotyön ja sosiaalityön hyvää yhteistyötä ja yhteensovittamista erityisesti vanhustenhuollossa ja vammaisten palveluissa.

Suun terveydenhuollon palveluista säädetään kansanterveyslaissa. Kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 4 kohta muutettiin lailla vuonna 2000. Lainmuutos tuli voimaan huhtikuun 1 päivänä 2001. Muutetun lain 14 §:n 1 momentin 4 kohdan mukaan kansanterveys-työhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee ylläpitää hammashuoltoa, johon luetaan kuuluvaksi valistus- ja ehkäisytoiminta sekä kunnan asukkaiden hampaiden tutkimus ja hoito. Uudistuksen asteittaisesta toteuttamisesta säädettiin lain voimaantulosäädöksellä, joka päättyi joulukuun 1 päivänä 2002. Tästä ajankohdasta lukien hoitoon pääsyn perusteena ei ole enää potilaan ikä, vaan kunnan velvollisuutena on järjestää hammashuollon palvelut potilaan hoidon tarpeen perusteella kuten muussakin terveydenhuollossa. Uudistuksen tavoitteena oli saada suun terveydenhuollon palvelut samaan asemaan muun terveydenhuollon palvelujen kanssa niin, että palvelut järjestetään ja annetaan potilaan suun ja hampaiden terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen perusteella.

Uudistusta valmisteltaessa arvioitiin, että yksityissektorin potilaat jatkavat pääsääntöisesti aikaisemmin syntyneitä potilassuhteita. Kunnille syntyneiden lisäkustannusten vuoksi valtionosuuksia lisättiin vuosina 2001 - 2003 yhteensä 10,25 miljoonaa euroa. Vaikutuksista eri kansalaisryhmien asemaan hallituksen esityksessä (HE 149/2000 vp) todet-

tiin, että erityisesti alle 19 vuotiaiden lasten ja nuorten terveyden edistämiseen ja hyvään ehkäisevään hoitoon perustuva suun terveydenhuolto on tarkoitus varmistaa myös vastaisuudessa, koska lapsuus- ja nuoruusiällä luodaan edellytykset aikuisiän hyvälle suun ja hampaiden terveydelle. Tämä on tarkoitus turvata ensisijassa kuntiin kohdistuvalla ohjauksella ja tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella, jossa voitaisiin määrittellä erityisesti lasten ja nuorten hyvän hammashoidon kannalta tarpeelliset toimenpiteet. Uudistuksen organisatorisista vaikutuksista hallituksen esityksessä todettiin, että kunnallisen hammashoidon laajentaminen voidaan toteuttaa eri tavoin. Nykyisiä voimavaroja voidaan jossain määrin kohdentaa uudelleen. Kuitenkin hoidossa olevien määrän lisäys edellyttää, että terveyskeskusten käytössä on nykyistä enemmän hammaslääkäreiden ja muun henkilökunnan työpanosta joko omaa henkilökuntaa lisäämällä tai ostamalla palveluja muilta kunnilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Erityisesti monissa kaupungeissa arvioitiin voitavan laajennusta toteuttaa ainakin osittain ostamalla palveluja yksityishammaslääkäreiltä. Samanaikaisesti kansanterveyslain muutosten kanssa sairausvakuutuslain (364/1963) 5 b §:n lisäyksellä laajennettiin hammashuollon sairausvakuutuskorvauksia joulukuusta 2002 lähtien kaikkiin ikäryhmiin.

Kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin (erikoissairaanhoidolain 3 §:n 1 momentti). Sairanhoitopiirejä on 20 ja lisäksi Ahvenanmaa muodostaa oman sairaanhoitopiirinsä. Vuoden 2000 alussa voimaan tulleen erikoissairaanhoidolain muutoksen jälkeen kunta voi itse päättää siitä, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala. Näistä viisi on erityistason sairaanhoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita (Helsinki, Turku, Tampere, Oulu ja Kuopio). Sairanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. Sairanhoitopiiriin sairaaloita käytetään ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon (erikoissairaanhoidolain 30 §). Poikkeuksena ovat erityista-

son sairaanhoito ja muut mahdolliset sopimuksenvaraiset järjestelyt. Kuitenkin 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.

Kansanterveyslain 27 § edellyttää, että kunta on kansanterveystyötä suunnitellessaan ja kehittäessään yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoidon muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Erikoissairaanhoidolain 10 §:ssä puolestaan säädetään, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta sekä suunnitella ja kehittää yhteistyössä terveyskeskusten kanssa erikoissairaanhoidon siten, että siitä muodostuu kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon toiminnallinen kokonaisuus. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee olla alueensa kuntien sosiaalilautakuntien kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Valtio osallistuu valtionosuusjärjestelmän kautta niihin kustannuksiin, jotka kunnille muodostuu, 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 valtionosuuksista annetun lain mukaan kunta voi tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden kanssa tai ostamalla niitä muilta kunnilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta (STVOL:n 4 §).

STVOL:n myötä siirryttiin resurssiohjauksesta kuntien itsehallinnolliseen tulovastuuseen. Terveydenhuollon erityislaeissa säädetystä järjestämisvastuusta todetaan STVOL:ssa, että kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon (3 §). Valtionosuusuudistuksen yhtenä keskeisenä tavoit-

teena oli lisätä kunnallista itsehallintoa. Tämä merkitsee muun muassa kunnan asukkaiden oikeutta ja vapautta päättää palvelujen painotuksista ja asukkaiden tarpeiden huomiointiin ottamisesta 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 terveystalouden tuottamiseen tai ostamiseen. Kunnan on varattava tulosarvioonsa määrärahat kiireellisen hoidon ohella myös muuta tarpeellista hoitoa varten. Potilaan oikeutta hoitoon ei voida rajoittaa vetoamalla pelkästään kunnan terveydenhuoltoon osoittamien määrärahojen niukkuuteen ottamatta huomioon hänen yksilöllisiä tarpeitaan.

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 lääninhallitukset. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan perusturvalautakunnan tarkoitus on puolestaan seurata ja arvioida, vastaavatko kunnan välttämättömät peruspalvelut maassa yleisesti hyväksytyä tasoa.

2.1.3. Julkisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän raja

Terveystalouden järjestämis- ja rahoitusvastuu on kunnilla, jota täydentää yksityinen terveydenhuolto. Julkisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän välisestä rajasta säädetään sairausvakuutuslain (364/1963) 11 a §:ssä.

Sairausvakuutuksesta korvataan yksityisen palveluntuottajan antaman ja yksityisesti rahoitetun sairaanhoidon kustannuksia sekä sairauden hoidosta johtuvia matkakustannuksia. Sairausvakuutuslain 11 a §:n nojalla korvausta ei suoriteta vakuutetulle tämän terveyskeskukselle sairaanhoidosta maksamasta

määrästä. Korvausta ei suoriteta myöskään sairaanhoidon kustannuksista, jos kunnallisen terveydenhuollon palvelut on järjestetty hankkimalla palvelut valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta siten kuin STVOL:n 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa säädetään tai jos tosiasiallisesti on kysymys vastaavasta menettelystä. Kyseisen lainkohdan tarkoituksena on estää sairausvakuutuslain mukaisten korvausten maksaminen kunnan tai kuntayhtymän järjestämästä sairaanhoidosta.

Sairausvakuutuslain mukaista korvausta ei ole myönnetty eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta silloin, kun kunnan tai kuntayhtymän palveluksessa oleva lääkäri tai hammaslääkäri antaa potilaalle lähetteen yksityiseen terveydenhuoltoon. Sairausvakuutuslain mukainen korvaus myönnetään kuitenkin terveyskeskus- tai sairaalalääkärin kirjoittaman lähetteen perusteella fysioterapian ja valohoidon kustannuksista, jotka potilas on maksanut yksityiselle palvelujen tuottajalle. Terveystalouden hammaslääkärin kirjoittaman hoitolähetteen perusteella myönnetään sairausvakuutuslain mukainen korvaus myös rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille erikoishammasteknikon suorittaman kokoproteesihoidon kustannuksista, jotka potilas on maksanut yksityiselle palvelujen tuottajalle.

Jos potilas on hoidossa tai tutkimuksissa kunnallisessa terveydenhuollossa ja siellä päätetään hänen jatkotutkimuksistaan tai hoidostaan, säilyy hänen hoitonsa kunnallisen terveydenhuollon kustannusvastuulla, vaikka hoito toteutettaisiin yksityisellä sektorilla. Jos kunnallisen terveydenhuollon palveluita käyttänyt potilas siirtyy omasta aloitteestaan yksityisen terveydenhuollon palveluiden käyttäjäksi saamatta kunnalliselta puolelta lähetettä tai maksusitoumusta, hänellä on oikeus saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus yksityiselle palvelujen tuottajalle maksamistaan sairaanhoidon kustannuksista.

Jos kunta tai kuntayhtymä vuokraa tai luovuttaa yksityiselle terveydenhuollon palvelujen tuottajalle vastaanottotilat terveyskeskuksesta tai muusta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköstä, katsotaan kysymyksessä olevan sairausvakuutuslain kannalta STVOL:n 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitettua järjeste-

lystä. Näin järjestetyn hoidon kustannuksista potilaalla ei ole oikeutta saada sairausvakuutuslain mukaista korvausta. Korvaus voidaan kuitenkin myöntää, kun yksityinen palvelujen tuottaja toimii muissa kuin sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevissa kunnan omistamissa tai käytössä olevissa tiloissa.

2.1.4. Ammatinharjoittamislainsäädäntö

Terveydenhuollon ammatinharjoittamisesta on säädetty ammattihenkilölaissa ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa asetuksessa (564/1994, jäljempänä ammattihenkilöasetus). Ammattihenkilölaissa määritellään ne terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka lain mukaan ovat oikeutettuja toimimaan asianomaisessa terveydenhuollon ammatissa ja käyttämään asianomaista ammatinimikettä. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat laillistetut ammattihenkilöt tai ammatinharjoittamisluvan saaneet ammattihenkilöt sekä nimikesuojatut ammattihenkilöt, joilla on oikeus käyttää asetuksella säädettyä ammatinimikettä.

Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat muun muassa lääkärit, hammaslääkärit, sairaanhoitajat, kättilöt, terveydenhoitajat ja hammashuoltajat. Ammattihenkilöasetuksella säädettyjä terveydenhuollon ammatinimikkeitä ovat muun muassa hammashoitaja, lähihoitaja, mielenterveysshoitaja, mielisairaanhoitaja ja perushoitaja.

Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla, että laissa tarkoitettulla ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet sekä helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä.

Lääkäreitä ja hammaslääkäreitä lukuun ottamatta laissa ei ole tarkemmin määritelty eri ammattihenkilöiden tehtäviä. Terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät työtä oman koulutuksensa ja ammattitaitonsa mukaisella ammattivastuulla. Lääkärin ja hammaslääkärin erityiset oikeudet ja velvollisuudet on säädelty lain 22 ja 23 §:issä. Laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri voi päättää potilaan

lääketieteellisestä tai hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudin määräyksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Vain laillistetulla lääkäriellä ja hammaslääkäriellä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä noudattaen, mitä siitä on erikseen säädetty taikka sosiaali- ja terveysministeriö antanut ohjeita. Myös lääkintölaillisia todistuksia ja lausuntoja voi antaa vain lääkäri tai hammaslääkäri. Kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat lain 3 lukuun kirjatut yleiset terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudet.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ohjaa ja valvoo terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Myös lääninhallitus valvoo alueellaan toimivia terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

2.1.5. Potilaan oikeus hoitoon

Potilaslaki sisältää säännökset potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvistä keskeisistä periaatteista. Laki korostaa potilaan aktiivista osallistumista, potilaan itsemääräämisoikeutta sekä hänen oikeuttaan hoitoon ja tiedonsaantiin. Potilaslakia sovelletaan potilaan asemaan ja oikeuksiin terveyden ja sairaanhoitoa järjestettäessä, jollei muussa laissa toisin säädetä (1 §). Potilaslaki on toisaalta kaikkea terveydenhuoltoa koskeva yleislaki, toisaalta erityislaki ja muita lakeja täydentävä laki.

Terveyden- ja sairaanhoito on potilaslaissa (2 §:n 2 kohta) määritelty yksilön terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviksi toimenpiteiksi, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä.

Potilaslain 3 §:ssä säädetään potilaan oikeudesta ilman syrjintää saada hänen terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaslain 3 §:ssä oleva maininta voimavaroista ei kuitenkaan rajaa terveyden- ja sairaanhoitoon järjestämisvelvollisuutta kulloinkin käytettävissä oleviin voimavaroihin. Palveluiden saatavuuden perusteena tulee olla potilaan terveydentilan edellyttämä hoidon tarve. Potilaslailla ei puututtu kunnallista terveydenhuoltoa koskevaan lainsäädäntöön sisälty-

vään kunnan velvollisuuteen järjestää terveyden- ja sairaanhoitoa. Julkisen terveydenhuollon osalta oikeuden toteutumista määrittävät terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisvelvollisuutta koskevat säännökset kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa.

Potilaslain 4 §:ssä määritellään potilaan hoitoon pääsyn yleiset edellytykset. Potilasta hoidetaan ensisijaisesti hänen oman kotikuntansa terveyskeskuksessa ja sen sairaanhoitopiiriin sairaalassa, johon potilaan kotikunta kuuluu. Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja sen arvioitu kesto. Potilaan asettaminen jonoon tapahtuu terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän arvion perusteella.

Potilaslain 5 §:n mukaan 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. Potilaslain 6 §:n 1 momentin mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan tavalla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Itsemääräämisoikeudella terveydenhuollossa tarkoitetaan potilaan oikeutta itse päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta eli hoidosta ja tutkimisesta. Potilaan suostumus on terveyden- ja sairaanhoidon antamisen edellytyksenä.

Potilaan ollessa kiireellisen hoidon tarpeessa kuntien ylläpitämän terveydenhuoltojärjestelmän on aina annettava hoitoa potilaalle kotikunnasta riippumatta. Myös kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat velvollisia antamaan apua kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle (kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 10 kohta, erikoissairaanhoitolain 30 §:n 2 momentti, ammattihenkilölain 15 §:n 3 momentti) Kiireellisen hoidon tilanteissa ei siis selvitetä, mikä kunta on viime kä-

dessä velvollinen hoidon kustantamaan vaan hoitoa annetaan hoidon tarpeen mukaisesti.

Potilaslaki ei tuonut potilaalle uudenlaista sisällöllistä oikeutta hoitoon eikä myöskään valitusoikeutta hoitopäätöksiin. Oikeuskäytännön mukaan potilaan oikeutta hoitoon voidaan arvioida ainoastaan hänen yksilöllisen tarpeensa perusteella (Eduskunnan oikeusasiamiehen päätös 488/4/00).

2.1.6. Terveydenhuollon oikeussuojajärjestelmä

Terveydenhuollon oikeussuojajärjestelmä kehitettiin Suomessa 1980- ja 1990-luvuilla. Potilasvahinkolain (585/1986) luotiin potilaan suojaksi kattava vakuutusjärjestelmä hoitovahinkojen varalle. Lain eräänä tärkeänä tavoitteena oli varjella hoitosuhdetta potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön keskinäisiltä oikeudenkäynneiltä. Potilasvahinkolain perusteella suoritetaan korvausta terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutuneesta henkilövahingosta. Korvauksen saaminen ei edellytä terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluvan henkilön tuottamuksesta johtuvaa toimintaa. Tuottamuksesta riippumaton potilasvahinkojen korvausjärjestelmä on voimassa kaikissa Pohjoismaissa. Potilasvahinkolaki koskee Suomessa annetussa terveyden- ja sairaanhoidossa potilaalle aiheutunutta henkilövahinkoa. Lain soveltaminen on siten alueellisesti rajattu Suomen aluerajojen sisälle.

Terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavilla on oltava vakuutus potilasvahinkolain mukaisen vastuun varalta. Vakuuttamisvelvollisuus koskee sekä julkista että yksityistä sektoria. Potilaan korvausvaatimus osoitetaan Potilasvakuutuskeskukselle, jonka päätöksen voi saattaa potilasvahinkolautakunnalle lausuntoa varten. Potilaalle aiheutunutta vahinkoa ei tarvitse näyttää hoitovirheen seuraukseksi. Potilaan oikeussuojan kannalta kolmas tärkeä elementti potilaslain ja potilasvahinkojen korvausjärjestelmän lisäksi on asiantunteva ja ammattitaitoinen terveydenhuollon henkilöstö.

Ammattihenkilölain 1 §:n mukaan lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Terveydenhuollon ammattien harjoittamista

rajoitetaan laillistamis- ja rekisteröintijärjestelmällä. Lisäksi lain tarkoitusta toteutetaan järjestämällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta. Keskeinen säännös on se, että ainoastaan laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri saa päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta (22 §).

Potilaan käytettävissä on monipuolinen oikeussuojajärjestelmä, johon kuuluu potilasvahinkojen korvausmenettelyn lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden rikosoikeudellinen, vahingonkorvausoikeudellinen ja kurinpidollinen vastuu, erityinen ammattihenkilölaissa säädetty valvonta- ja sanktiojärjestelmä sekä mahdollisuus tehdä hallintokanteluja virkatoiminnasta. Tähän kokonaisuuteen liittyy potilaan mahdollisuus tuomioistuimessa vaatia kuntaa tai kuntayhtymää täyttämään lakisääteisen velvollisuutensa järjestää hoitoa.

Potilaslaissa täsmennettiin potilaan mahdollisuutta saattaa hoitoonsa ja kohteluonsa koskevia ratkaisuja ja muita ongelmia hoitoorganisaation sisällä uuteen arviointiin muistutusmenettelyssä. Terveyden- ja sairaanhoitoonsa tyytymätön potilas voi tehdä muistutuksen terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Tällaiseen muistutukseen on annettava ratkaisu kohtuullisessa ajassa (10 §). Koska muistutus kohdistuu lähinnä hoidon järjestämiseen, johtajana toimivalla esimieslääkärillä on mahdollisuus toimivaltansa nojalla vaikuttaa tilanteen muuttamiseksi, jos muistutus antaa siihen aiheen. Muistutukseen annettuun päätökseen ei voida hakea muutosta valittamalla (15 §). Jokaisella terveydenhuollon toimintayksiköllä tulee myös olla potilasasiamies, jonka tehtävänä on avustaa potilasta näiden oikeusturvakeinojen käyttämisessä (11 §).

Terveydenhuollon oikeussuojajärjestelmän ydin on hoitosuhde, jossa tulee antaa laadukasta, oikea-aikaista ja lääketieteellisesti perusteltua hoitoa ja jossa osapuolilla on edellytykset ottaa potilaan oikeusasema huomioon. Potilaslain, potilasvahinkolain ja ammattihenkilölain tarkoituksena on edistää potilaan ja lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön välistä suhdetta tavoitteena yhteisymmärryksessä toteutettava hoito.

Lääkärin hoitoratkaisuja ei ole pidetty valituskelpoisina hallintopäätöksinä. Korkein hallinto-oikeus on oikeuskäytännössään vuodesta 1997 lukien johdonmukaisesti vahvistanut sen, että lääkärin hoitoratkaisut eivät ole valituskelpoisia. Hoitoon ottamatta jättäminen tai terveydentilaan nähden liian pitkät jonot voivat kuitenkin merkitä sitä, että kunta ei ole asianmukaisesti täyttänyt julkisoikeudellista velvollisuuttaan. Oikeudellisesti arvioitavaksi voivat siten hallintoriitana tulla kunnan velvollisuus huolehtia tietynterveyspalvelun järjestämisestä tai kunnan maksuvelvollisuus. Hallintoriita käsitellään hallinto-oikeudessa. Hallinto-oikeuden päätöksestä on muutoksenhakuoikeus korkeimpaan hallinto-oikeuteen.

Perustuslain 22 §:ssä säädetyllä turvaamisvelvollisuudella on merkitystä täsmennettäessä perusoikeussäännösten oikeusvaikutuksia tuomioistuinlaitoksessa ja hallinnossa. Erityisesti perustuslakivaliokunta korosti mietinnössään tuomioistuinten velvollisuutta perusoikeusmyönteiseen tulkintaan, jolla mahdollinen ristiriita perusoikeussäännöksen ja tavallisen lain soveltamisratkaisun välillä tulee pyrkiä välttämään. Tuomioistuinten ja hallintoviranomaisten on valittava lain perusteltavissa olevista tulkintavaihtoehdoista se, joka parhaiten edistää perusoikeuksien tarkoituksenmukaista toteutumista ja joka ehkäisee ristiriidan perustuslain kanssa (PeVM 25/1994 vp). Vaikka perustuslakivaliokunnan mietinnössä perusoikeusmyönteisen tulkinnan velvollisuutta korostettiin nimenomaan tuomioistuinlaitoksen yhteydessä, esitetyt perustelut pätevät myös hallintoviranomaisiin.

2.1.7. Terveyspalvelujen valvonta

Terveyspalvelujen ja potilaiden oikeusturvan toteutuminen edellyttää myös valvontaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on valvonta säädetty sosiaali- ja terveysministeriön, terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen, lääninhallitusten sekä kuntien velvollisuudeksi. Viranomaisvalvonta voi olla etukäteen tapahtuvaa valvontaa tai jälkikäteen tapahtuvaa valvontaa.

Ennakkovalvontaan kuuluu muun muassa lupa- ja ilmoitusmenettely. Luvan myöntämisen ehtona voi olla viranomaisen etukäteen

tekemä toimitilojen sekä henkilöstörakenteen ja -määrän tarkastus. Ennakkovalvontaa sisältyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöltä vaadittaviin ammatinharjoittamisoikeuksiin ja kelpoisuuksiin, joista on säädetty terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevassa lainsäädännössä. Ennakkovalvonnan tarkoituksena on varmistaa etukäteen asianmukainen, laadukas ja väestön tarpeita vastaava palvelujen järjestäminen sekä ennaltaehkäistä epäasianmukaisia tai laadultaan riittämättömiä palvelu- ja hoitokäytäntöjä. Etukäteisohjauksen ja -valvonnan keinoina lääninhallitukset käyttävät muun muassa tiedottamista, resurssiohjausta (valtionavustukset perustamis- ja kehittämishankkeisiin), informaatio-ohjausta, ohjaus- ja tarkastuskäyntejä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköihin, neuvontaa ja konsultaatioita, koulutusta ja kehittämishankkeisiin osallistumista voimavarojensa mukaisesti. Ilmoitus- ja lupahallinnon keinoin pyritään varmistamaan toiminnan asianmukaisuus.

Jälkikäteisvalvonta toteutuu useimmiten siten, että valvontaviranomainen saa tiedon yksittäistapauksista kanteluista tai muista epäkohtia koskevista ilmoituksista. Kanteluina käsiteltävät asiat tulevat yleisimmin vireille asianomainen henkilön itsensä, hänen omaisensa tai läheisensä tekeminä, mutta valvonta-asian voi panna vireille myös joku muu henkilö tai esimerkiksi toinen viranomainen. Ulkopuolisiin aloitteisiin perustuvan valvonnan lisäksi lääninhallitukset tekevät myös oma-aloitteista valvontaa, jolla on tärkeä merkitys erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköitä koskevassa valvonnassa.

Vuonna 2002 lääninhallituksissa tuli vireille terveydenhuollon kanteluja 813 kpl ja lääninhallitukset ratkaisivat kyseessä olevana vuonna 579 terveydenhuollon kantelua. Vuonna 2003 terveydenhuollon kanteluja tuli lääninhallituksissa vireille 849 kpl ja niitä ratkaistiin 788 kpl. Uusien kantelujen määrä lisääntyi vuodesta 2001 kaikissa lääninhallituksissa. Lääninhallituksissa vuonna 2002 ratkaistuista terveydenhuollon kanteluista ja muista valvonta-asioista 16 prosenttia johti terveydenhuollon ammattihenkilön huomion kiinnittämiseen ja viisi prosenttia huomautuksen antamiseen (Sosiaali- ja terveysmi-

nisteriön työryhmämuistioita 2004:4).

Sosiaali- ja terveysministeriölle kuuluu toiminnan yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta. Vastaavasti läänin alueella sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu lääninhallituksille. Sosiaali- ja terveysministeriö tekee lääninhallitusten kanssa vuosittain tulossopimukset, joissa osaltaan sovitaan muun muassa valvontatoiminnan painopisteistä. Lääninhallitukset ovat valtion alueellisia yleisiä hallintoviranomaisia, joiden tehtäviin kuuluu kuntien toiminnan laillisuuden valvonta. Lääninhallitusten toimivalta kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaukseen ja valvontaan perustuu lukuisiin eri lakeihin. Lääninhallituslain (22/1997) 2 §:n mukaan lääninhallitus hoitaa sen mukaan kuin erikseen säädetään muun muassa sosiaali- ja terveyshallintoon liittyviä tehtäviä. Terveydenhuollon keskeisimmät lait, joissa lääninhallitusten toimivallasta säädetään, ovat kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki, ammattihenkilölaki ja mielen-terveyslaki (1116/1990).

Näihin lakeihin sisältyy myös säännöksiä lääninhallituksen valvontatehtävistä. Nämä erityissäännökset oikeuttavat lääninhallitukset myös oma-aloitteiseen kuntia ja kuntayhtymiä koskevaan valvontaan sekä saamaan tämän tehtävän toteuttamiseksi tarpeellisia tietoja. Erityislainsäädännön valvonnan yhteydessä lääninhallitus voi lisäksi käyttää tarvittaessa lääninhallituslaissa mainittuja pakkokeinoja sellaisena tehosteena, jolla kunta tai kuntayhtymä veloitetaan täyttämään lakisääteiset tehtävänsä. Kuntien valtiosuuslain (1147/1996) 24 §:n nojalla lääninhallituksilla on oikeus, sosiaali- ja terveysministeriötä kuultuaan, sakon uhalla määrätä kunta tai kuntayhtymä täyttämään velvoite, jonka se on valtiosuustehtäviä järjestäessään jättänyt noudattamatta. STVOL:n 42 §:n nojalla uhkasakkoa koskevaa säännöstä sovelletaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuustehtäviin. Uhkasakkoa yleisenä pakkotoimenpiteenä sääntelee uhkasakolaki (1113/1990). Käytännössä oikeutta uhkasakon määräämiseen ei ole terveydenhuollon alalla käytetty.

Uhkasakon käyttö liittyy lakisääteisten velvoitteiden toteuttamiseen ja sitä voidaan käyttää tehosteena tilanteessa, jossa toimen-

pide on laiminlyöty. Uhkasakko on käytettävissä myös määrärahasidonnaisten palvelujen toteuttamiseksi silloin, kun lakiin perustuva velvoite on laiminlyöty. Terveys- ja hyvinvoinnin erityislaeissa kuntien lakisääteiset velvoitteet on sitovuudeltaan muotoiltu eri tavoin, joten mahdollisia uhkasakon asettamisedellytyksiä joudutaan arvioimaan tapauskohtaisesti. Järjestämisvelvollisuuden vähäinen laiminlyönti ei kuitenkaan yksin riitä uhkasakon asettamiseksi. Uhkasakkomenettelyyn kuuluu kaksi erillistä vaihetta, uhkasakon asettaminen ja lopullinen uhkasakon tuomitseminen, jos velvoitetta ei määrääjässä täytetä.

Uhkasakkosanktion lisäksi lääninhallitusten käytettävissä ei ole muita seuraamuksia, joita ne voisivat käyttää kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa. Lääninhallitusten suorittaman hallinnollisen ohjauksen vaikuttavuus perustuu käytännössä siihen, että kunnat ja kuntayhtymät yleensä vapaaehtoisesti korjaavat ne puutteet tai epäkohdat, joihin lääninhallitus toimivaltansa perusteella on puuttunut.

Kuntatasolla sosiaali- ja terveydenhuollon monijäseniset toimielimet valvovat toimialan kunnallisten viranhaltijoiden toimintaa. Organisaatorisen esimiesten alaisiin kohdistaman valvonnan ohella on myös valtion viranomaisilla keskitettyä valvontaa, joka kohdistuu kunnallisiin ja yksityisiin palvelun tuottajiin. Terveys- ja hyvinvoinnin ammattihenkilöitä valvovat terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja alueellisesti lääninhallitukset. Kuntalain 8 §:n 2 momentin nojalla lääninhallitus voi kantelun johdosta tutkia, onko kunta toiminut voimassa olevien lakien mukaan.

Terveys- ja hyvinvoinnin oikeusturvakeskuksella ja lääninhallituksilla on myös merkittävä rooli terveydenhuollon hallintokantelujen käsittelyssä. Hallintokantelulla tarkoitetaan viranomaiselle tehtyä ilmoitusta jonkin päätöksen tai menettelyn lainvastaisuudesta. Kantelu ei ole varsinainen muutoksenhakekeino. Kantelu on kuitenkin terveydenhuollon hallinnonalalla tärkeä oikeussuojakeino. Kantelu voidaan tehdä yksittäisen ammattihenkilön esimiehelle tai ylemmälle viranomaiselle. Ylimpinä laillisuusvalvojina toimivat valtioneuvoston oikeuskansleri ja eduskunnan oikeusasiamies.

Mielenterveyslain 2 §:n 2 momentin mu-

kaan lääninhallituksen on erityisesti valvottava lain 4 a luvussa tarkoitettujen itsemääräämisoikeuden rajoitusten käyttöä. Lain 22 f §:n 4 momentin perusteella lääninhallitukselle on kahden viikon välein toimitettava ilmoitus tarkkailuun otettujen taikka tutkimukseen tai hoitoon määrättyjen potilaiden eristämistä ja sitomisista.

2.1.8. Asiakasmaksut

Kunnallisen terveydenhuollon käyttäjiltä perittävät maksut määräytyvät sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992, jäljempänä asiakasmaksulaki) mukaan. Lain ja sen nojalla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen (912/1992, jäljempänä asiakasmaksuasetus) perusteella määräytyvät saadusta hoidosta perittävät maksut. Maksut ovat yleensä selvästi alemmat kuin palvelujen tuottamisesta aiheutuvat kustannukset. Kunnallisen erikoissairaanhoidon kustannuksista katetaan asiakasmaksuilla keskimäärin noin kuusi prosenttia.

Erikoissairaanhoidossa on käytössä asiakasmaksulakiin perustuva erikoismaksuluokajakajärjestelmä. Siinä potilas voi hakeutua sellaisen lääkärin hoitoon, jolla on lääninhallituksen myöntämä oikeus hoitaa potilaita erikoismaksuluokassa. Erikoismaksuluokan hoitoa voidaan antaa vain vuodeosastolla ja psykiatriset sairaalat on rajattu sen ulkopuolelle. Erikoismaksuluokka on ollut käytössä 1960-luvulta lähtien.

Tähän erikoismaksuluokan lääkärin valintaan liittyy se, että potilaalta voidaan periä tavanomaista korkeampi maksu. Lääkärillä on oikeus saada palkkiona erikoismaksuluokassa hoidetun potilaan suorittamaa lisämaksua vastaava korvaus.

Suomen Lääkäriliiton vuonna 2003 tekemän selvityksen mukaan erikoismaksuluokaoikeus oli hieman yli kolmanneksella (36 prosentilla) sairaaloissa työskentelevistä lääkäreistä eli noin 1 800 lääkäriä. Näistä lääkäreistä lähes puolet ei käytä oikeuttaan. Kunnallisen henkilökunnan mukaan loka-kuussa 2002 erikoismaksuluokan oikeutta käytti vajaat 900 lääkäriä. Nämä lääkärit saivat erikoismaksuluokassa hoitamiltan potilailta keskimäärin 1 156 euron lisäansiot

kuukaudessa. Suurimmat kuukausittaiset lisäänsiot olivat lähes 10 000 euroa.

Potilaalla on oikeus saada sairausvakuutuskorvaus suorittamastaan erikoismaksuluokan lisämaksusta. Kansaneläkelaitokselta haettiin vuonna 2002 korvausta noin 4,7 miljoonan euron lisämaksuihin ja suoritettujen sairausvakuutuskorvausten yhteismäärä oli 2,5 miljoonaa euroa.

2.1.9. Muu lainsäädäntö

Hallintolaki

Hallintolaki (434/2003) tuli voimaan vuoden 2004 alusta. Hallintolaki 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. Laki korvaa hallintomenettelylain (598/1982), asiakirjain lähettämisestä annetun lain (74/1954) sekä tiedoksiannosta hallintoasioissa annetun lain (232/1966).

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 hoitaessa julkisia hallintotehtäviä (hallintolain 2 §:n 3 momentti).

Hallintoasian käsittelynä pidetään siis myös julkisia palveluja ja etuja sekä sosiaalisia oikeuksia koskevaa viranomaisen päätöksentekoa. Hallintoasiain käsittelynä ei aikaisemmin, hallintomenettelylain voimassa ollessa pidetty julkisten palvelujen toteuttamista eikä muutakaan tosiasialliseen hallintotoimintaan kuuluvaa toimintaa, jolle on luonteenomaista, että viranomaisen ei tee siinä yksittäistapauksellisia hallintopäätöksiä. Tosiasiallista hallintoa on muun muassa potilaan terveystalot.

Hallintolain 6 §:ssä säädetään hallinnon oikeusturvaperiaatteista. Pykälän nojalla viran-

omaisen 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 odotuksia. 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 riittävyteen ja saatavuuteen sekä hallinnossa asioivan 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.

Laki julkisista hankinnoista ja laki kilpailunrajoituksista

Kunnat ja kuntayhtymät voivat hankkia os-
topalveluina terveystalot.

kuntayhtymien on palveluja ostaessaan noudatettava julkisista hankinnoista annettua lakia (1505/1992, jäljempänä hankintalaki) ja kilpailunrajoituksista annettua lakia (480/1992). Nämä lait edellyttävät palveluhankintojen kilpailuttamista myös terveydenhuollossa. Ostopalveluihin liittyy myös vero- ja työoikeudellisia kysymyksiä, jotka on otettava huomioon palveluja hankittaessa.

Hankintalaissa pyritään julkisen palvelutoiminnan tehostamiseen korostamalla hankintojen suuruudesta riippumattomia avoimuuden ja syrjimättömyyden periaatteita julkisissa tavaroiden ja palvelujen hankinnoissa. Kun kunta itse tuottaa palvelut, niin lakia ei sovelleta. Jos kunta ostaa tavaroita tai palveluja ulkopuoliselta, sen on noudatettava hankintalakia. Pääsääntönä on, että julkinen hankinta on tehtävä mahdollisimman edullisesti ja avoimesti. Valinnan tulisi perustua kokonaistaloudellisuuteen.

Kilpailunrajoituslailla pyritään turvaamaan terve ja toimiva taloudellinen kilpailu vahingollisilta kilpailunrajoituksilta. Erityisesti halutaan turvata kuluttajan asemassa olevien ihmisten etu ja toisaalta elinkeinotoiminnan harjoittamisen vapaus. Lakia sovelletaan kotimaiseen kilpailuun. Kunnan tuottamat terveyspalvelut jäävät lain soveltamisen ulkopuolelle. Lakia sovelletaan silloin, kun yksityinen yritys tai yhteisö toimii julkisten palvelujen tuottajana. Ostopalveluja tehdessään kunnan on huolehdittava siitä, että kaikilla palvelun tuottajilla on tasavertaiset kilpailuasetelmat. Oman paikkakunnan tuottajia ei saa suosia.

Sosiaaliturvan koordinaatiolainsäädäntö ja hoitoon hakeutuminen ulkomaille

Euroopan unionissa liikkuvien henkilöiden oikeutta sosiaaliturvaan sääntelee asetus, joka sovittaa yhteen kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä (Neuvoston asetus (ETY) N:o 1408/71 sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä, jäljempänä asetus 1408/71, sekä sen täytäntöönpanoasetus (ETY) N:o 574/72). Asetuksen sairausmääräykset koskevat Suomen julkisia ter-

veydenhuoltopalveluja, sairausvakuutusta ja kuntoutusta. Asetusta sovelletaan EU-maiden lisäksi Euroopan talousalueen maissa ja Sveitsissä. Yleensä henkilö kuuluu asuinmaastaan riippumatta sen valtion lainsäädännön alaisuuteen, missä hän työskentelee. Asetuksen määräysten piiriin kuuluvat periaatteessa kaikki Suomen lainsäädännön mukaiset terveyspalvelut, kuten avosairaanhoito, hammashuolto ja sairaalapalvelut.

Asetuksen 22 artiklassa säännellään siitä, miten eräissä tapauksissa potilas voi hakeutua hoitoon tai hänet voidaan lähettää hoitoon toiseen maahan myös julkisen palvelujärjestelmän kustannuksella. Artiklassa säädetään olosuhteista, joissa kansallinen toimivaltainen viranomais ei voi evätä haettua ennakkolupaa. Lupaa ei voi evätä, jos hoito kuuluu kyseisen jäsenvaltion alueella sen sosiaaliturvan piiriin ja jos samanlaista tai tehokkaudeltaan samantasoista hoitoa ei voi saada ajoissa kyseisen jäsenvaltion alueella sosiaaliturvajärjestelmän mukaisin edellytyksin. Hyväksyttävää aikaa koskevaa edellytystä on yhteisöjen tuomioistuimen oikeuskäytännön mukaisesti arvioitava kaikkien niiden olosuhteiden perusteella, jotka ovat luonteenomaisia kullekin konkreettiselle tapaukselle ottaen asianmukaisesti huomioon sekä potilaan lääketieteellisen tilanteen luvan hakemisen ajankohtana että sen aikaisemmat vaiheet ja sairauden todennäköisen etenemisen.

Jos lupa on myönnetty, asetuksen 22 artiklan puitteissa esitettyjen kulujen korvaaminen suoritetaan hoidon antaneen jäsenvaltion korvausjärjestelmien mukaan.

Suomessa asuva potilas voi hakeutua hoitoon Suomen ulkopuolelle ja muista maista on mahdollista hakeutua hoitoon Suomeen myös ilman ennakkolupaa. Omaehtoinen hoitoon hakeutuminen tapahtuu potilaan omalla kustannuksella ja vastuulla. Suomessa omaehtoisen hoidon kustannuksista on kuitenkin mahdollista saada korvauksia sairausvakuutuslain ja kansallisten taksojen perusteella.

EU:n direktiiviehdotus palveluista sisämarkkinoilla

Euroopan yhteisöjen komissio on antanut

tammikuussa 2004 ehdotuksen Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi palveluista sisämarkkinoilla 2004/0001 (COD). Direktiiviehdotus on luonteeltaan laajan soveltamisalan puitedirektiivi. Direktiiviä sovellettaisiin lähtökohtaisesti kaikkiin taloudellisen intressin sisältämiin palveluihin lukuun ottamatta rahoituspalveluita, sähköisiä palveluita ja liikennettä, joiden osalta on jo olemassa omat sektoridirektiivit. Soveltamisalaa kuuluisivat myös terveyspalvelut. Direktiiviehdotuksen tarkoituksena ei ole yksityiskohtaisesti säännellä tai täysimääräisesti harmonisoida kaikkea palvelujen sisämarkkinoihin liittyvää sääntelyä. Ehdotuksessa keskitytään niihin asioihin, joilla on suurin vaikutus markkinoiden esteettömään toimintaan.

Ehdotuksessa on lähtökohtana turvata toisesta jäsenvaltiosta tarjottavien palvelujen yhdenvertainen kohtelu kaikkialla Euroopan unionin alueella. Direktiiviehdotuksen tavoitteena on luoda oikeudellinen kehys, jolla poistetaan palveluntarjoajien sijoittautumisvapauden ja palvelujen vapaan liikkuvuuden esteet jäsenvaltioiden välillä sekä taataan palveluntarjoajille ja vastaanottajille oikeusvarmuus, jotta he voisivat käyttää tehokkaasti perustamissopimuksen mukaisia perusvapauksia.

Ehdotus sisältää myös määräykset toisessa jäsenmaassa saatujen terveyspalvelujen kansallisesta korvaamisesta. Ehdotuksessa tehdään ero sairaalapalvelujen ja polikliinisten palvelujen välille EY-tuomioistuimen oikeuskäytännön mukaisesti. Ehdotuksen lähtökohta on, että toisessa jäsenmaassa polikliinisesti saadut terveyspalvelut tulee olla kotimaassa tuotettujen terveyspalvelujen kanssa yhdenvertaisesti korvattavia, eikä tähän korvaukseen lähtökohtaisesti vaadita viranomaisen etukäteislupaa. Sen sijaan sairaalapalvelujen osalta voidaan vaatia ennakkolupa, mutta ehdotuksessa esitetään erityisiä ehtoja luvan myöntämiselle.

Direktiiviehdotuksen käsittely on alkanut neuvoston kilpailukyky ja kasvu – työryhmässä helmikuun lopulla 2004 ja se on tarkoitettu tuoda ministerineuvoston hyväksyttäväksi keväällä 2005.

2.2. Kansainvälinen kehitys sekä Ruotsin, Norjan ja Tanskan lainsäädäntö

2.2.1. Ruotsi

Erityisen potilaan oikeuksia ja potilaan oikeusasemaa yleisesti sääntelevän lain tarpeellisuudesta on käyty keskustelua Ruotsissa 1990 luvun alusta lähtien. Toistaiseksi potilaan oikeusasemaa koskevat säännökset on kuitenkin päädytty kokoavan potilaslain sijasta sisällyttämään olemassa oleviin lakeihin. Potilaan oikeudet ovat johdettavissa terveydenhuoltohenkilökunnalle laissa ammatinharjoittamisesta terveyden- ja sairaanhoidon alalla ja julkiselle vallalle terveyden- ja sairaanhoitolaissa asetetuista velvollisuuksista.

Vuoden 2003 alusta lähtien oikeus terveyteen on kirjattu myös perustuslain tasolla. Julkisen vallan on turvattava oikeus terveyteen. Oikeus terveyteen lisättiin hallitusmuodon lukuun 1 valtiomuodon perusteet, joka toisin kuin 2 luvun perustavanlaisia vapauksia ja oikeuksia koskevat säännökset ei ole oikeudellisesti sitova eikä siis myöskään anna kansalaisille samanlaisia oikeuksia kuin perusoikeussäännökset. Oikeus terveyteen korvaa aikaisemman muotoilun, jonka mukaan julkisen vallan oli toimittava hyvän elinympäristön puolesta. Tämän katsottiin käsittävän myös ennaltaehkäisevän terveydenhuollon.

Jokaiselle potilaalle, joka kääntyy terveyden- ja sairaanhoidon puoleen, on terveyden- ja sairaanhoitolain 2 a §:n 3 momentin mukaan mahdollisimman pian annettava lääketieteellinen arvio hänen terveydentilastaan, ellei se ole ilmeisen tarpeetonta. Tarkkoja aikamääreitä lakiin ei sisälly. 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.

Laissa ei ole asetettu hoitoon pääsulle kiinteitä aikarajoja. Terveystilan lääketieteellisen arvioinnin osalta on ainoastaan todettu, että sen tulee tapahtua mahdollisimman nopeasti. Ruotsissa on kuitenkin voimassa oikeudellisesti sitomaton koko maan kattava hoitotakuu, joka perustuu valtion ja maakuntien liiton (Landstingsförbundet) väliseen sopimukseen.

Vuonna 1992 otettiin käyttöön ensimmäinen hoitotakuu, jonka tarkoituksena oli lyhentää odotusaikoja 12 erikseen määritellyn hoidon ja toimenpiteen suhteen, joissa jonotusaikaa koskevat ongelmat olivat erityisen suuria. Kyseisille potilasryhmille oli tällöin järjestettävä hoito kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun päätös toimenpiteestä tai hoidosta oli tehty ja potilas oli merkitty odotuslistalle. Potilaalle, jolle hoitoa ei voitu tässä ajassa tarjota, oli järjestettävä hoito muualla.

Vuonna 1997 tuli voimaan uudistettu hoitotakuu, joka koskee sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidtoa. Uuden takuun mukaan perusterveydenhuolto vastaa ensimmäisistä yhteydenotoista ja sen on tarjottava apua, joko puhelimitse tai potilaskäynnillä, saman päivän aikana kun potilaan yhteydenotto tapahtuu. Jos ensimmäinen yhteydenotto ei tapahdu lääkäriin, on aika lääkärissä käyntiin voitava tarjota viimeistään kahdeksan päivän kuluttua. Lisäksi jos käynnin erikoissairaanhoidossa katsotaan olevan tarpeellinen, tämä on järjestettävä viivytyksettä, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluttua. Silloin kun on kyseessä epäily vakavasta sairaudesta, mahdollisuus lääkärissä käyntiin on tarjottava viimeistään kuukauden kuluttua.

Kun mahdollisuutta lääkärissä käyntiin ei voida tarjota mainittujen aikojen puitteissa, on potilaalla oikeus lääkärillä käyntiin toisella alueella tai yksityisellä palveluntarjoajalla. Silloin, kun potilaan katsotaan tämän arvioinnin perusteella olevan hoidon tarpeessa, on hoito aloitettava viivytyksettä. Mitään aikarajoja varsinaisen hoidon suhteen hoitotakuussa ei kuitenkaan ole asetettu.

Valtio ja maakuntien liitto sopivat vuonna 2003 uudesta laajemmasta hoitotakuusta, joka sisältää myös oikeuden hoitoon. Uuden takuun mukaan hoito on tarjottava 90 päivän kuluessa hoitopäätöksen tekemisestä. Takuu

tulee voimaan vuoden 2005 alusta. Kansallisen hoitotakuun lisäksi Ruotsissa on voimassa useita paikallisia, sisällöltään vaihtelevia hoitotakuita.

Terveysten- ja sairaanhoitolain 2 §:n 2 momentissa lausutaan yleinen priorisointikriteeri, jonka mukaan hoitoon pääsyssä etusija on annettava hoitoa eniten tarvitsevalle. Lisäksi oikeutta arviointiin sääntelevään 2 §:n 5 momenttiin sisältyvän oikeus arviointiin voidaan evätä, jos hoito on ilmeisen tarpeetonta.

Potilaiden priorisointikriteereitä ei ole täsmennetty laissa. Priorisoinnin osalta on kuitenkin olemassa valtiopäivien päätös priorisoinnista terveyden- ja sairaanhoidossa, jonka mukaan priorisointien tulee perustua kolmelle perustavanlaatuiselle (eettiselle) periaatteelle: ihmisarvoperiaate, jonka mukaan kaikki ihmiset ovat samanarvoisia ja heillä on samat oikeudet riippumatta henkilökohtaisista ominaisuuksista ja asemasta yhteiskunnassa, tarve- ja solidaarisuusperiaate, jonka mukaan resurssit on kohdennettava sinne missä tarve on suurin. Tämä koskee sekä toimialoja, että yksittäisiä hoitoa tarvitsevia henkilöitä. Kustannushyötyperiaatteen mukaan toimenpiteiden valinnassa on pyrittävä siihen, että toimenpiteestä aiheutuva kustannus ja sillä saavutettava hyöty, mitattuna potilaan terveyteen ja elämänlaatuun, ovat kohtuullisissa suhteissa toisiinsa.

Periaatteet on asetettu tärkeysjärjestykseen siten, että ihmisarvoperiaate ohittaa tarve- ja solidaarisuusperiaatteen, joka puolestaan ohittaa kustannushyötyperiaatteen. Potilaan ikä, syntymäpaino, elintavat, taloudelliset olosuhteet tai se seikka, että sairaus on itse aiheutettu, eivät saa vaikuttaa priorisointipäätökseen. Yksittäisessä tapauksessa voidaan kuitenkin ottaa huomioon olosuhteet, jotka vähentävät lääketieteellisistä toimenpiteistä koituvaa hyötyä.

Näiden peruseriaatteiden lisäksi potilaat on edelleen jaettu neljään priorisointiryhmään hoidon tärkeysasteen mukaan: Priorisointiryhmä I: Hengenvaarallisten sairauksien hoito, sellaisten sairauksien hoito, jotka hoitamattomina johtavat pysyvään invalidisoitumiseen tai aikaiseen kuolemaan, vaikeiden kroonisten sairauksien hoito, palliatiivinen hoito ja saattohoito, sellaisten henkilöiden hoito, joiden toimintakelpoisuus on alen-

tunut. Priorisointiryhmä II: ennaltaehkäisy ja kuntoutus. Priorisointiryhmä III: Vähemmän vaikeiden akuuttien ja kroonisten sairauksien hoito. Priorisointiryhmä IV: Muu kuin sairauden tai vamman perusteella annettava hoito.

Ruotsin kansallisessa lainsäädännössä ei ole säännöksiä potilaan oikeudesta saada hoitoa ulkomailla sellaisessa tapauksessa, että sitä ei kotimaassa puuttuvan kapasiteetin takia voida tarjota. Samoin kuin Norjassa, oikeus asetuksen 1408/71 mukaiseen ulkomaille annettavaan hoitoon määräytyy suoraan asetuksen perusteella. Asetuksen mukainen oikeus saada hoitoa on kirjoitettu lakiin ainoastaan sikäli kuin se koskee toisen EU/ETA-maan kansalaisen oikeutta saada hoitoa Ruotsissa. Merkittävin kansainvälinen sopimus on myös Ruotsin osalta Pohjoismainen sosiaaliturvasopimus.

Laissa terveyden- ja sairaanhoidosta ei ole osoitettu valitusoikeutta. Oikeuskirjallisuudessa on useimmiten otettu se kanta, että mitään valitusmahdollisuutta ei ole, eikä potilaalla siten myöskään viime kädessä ole oikeudellisesti sitovaa oikeutta hoitoon. Kysymys on kuitenkin kiistanalainen.

2.2.2. Norja

Oikeus hoitoon on turvattu potilaan oikeusasemaa sääntelevässä yleislaissa, laissa potilaan oikeuksista (Lov om pasientrettigheter). Lain nojalla on annettu asetus terveyspalvelujen priorisoimisesta ja oikeudesta hoitoon. Lisäksi oikeutta hoitoon koskevia säännöksiä sisältyy erikoissairaanhoitolakiin ja terveydenhuoltohenkilökunnasta annettuun lakiin. Psykiatrisesta terveydenhuollosta on annettu oma erityislakinsa, jonka mukaan psykiatrisessa terveydenhoidossa sovelletaan potilaslain oikeutta hoitoon koskevia 2 luvun säännöksiä niin pitkälti kuin mahdollista.

Potilaan oikeutta hoitoon koskevien säännösten lisäksi lakiin tuli uutena kohtana potilaan oikeus valita hoitoa antava sairaala. Oikeutta valita sairaala pidettiin tärkeänä potilaan kannalta kuluttajana, se nähtiin myös keinona lyhentää jonotuslistoja ja lisätä sairaaloiden käyttöastetta. Taustaoletuksena oli tällöin, että potilaat hakeutuvat hoitoon sinne, missä jonotusajat ovat lyhimpiä.

Norjassa oli käytössä hoitotakuujärjestelmä vuosina 1990 - 2000. Takuuta koskevat säännökset sisältyivät sosiaali- ja terveysministeriön antamaan asetukseen vuodelta 1990, myöhemmin vuodelta 1997. Vuoden 1990 hoitotakuu sisälsi oikeuden välittömään hoitoon välittömässä hengenvaarassa oleville potilaille. Sellaisissa tapauksissa, joissa hoidon antamatta jättäminen johtaa pidemmällä aikavälillä hyvin vakaviin seurauksiin, potilaalla oli oikeus päästä odotuslistalle ja saada hoitoa kuudessa, myöhemmän muutoksen jälkeen kolmessa kuukaudessa. Vähemmän vakavasti sairaiden potilaiden hoito oli asetuksen mukaan riippuvainen sairaaloiden kapasiteetista, eikä tälle asetettu erityisiä aikarajoja. Vuonna 1997 hoitotakuu muutettiin takuuksi pääsystä lääketieteelliseen terveydentilan arviointiin, jonka mukaan potilaalla, joka saa lähetteen erikoislääkärille, oli oikeus arviointiin viimeistään 30 päivän kuluttua siitä, kun lähete on vastaanotettu.

Nykyisin potilaan oikeutta terveyspalveluihin säätelee potilaslain 2 luku (Rett til helsehjelp). Luku käsittää säännökset potilaan oikeudesta kiireelliseen ja välttämättömään hoitoon, oikeudesta terveydentilan arviointiin, oikeudesta saada toisen lääkärin arvio terveydentilastaan, oikeudesta valita sairaala ja oikeudesta henkilökohtaiseen suunnitelmaan.

Laki potilaan oikeuksista, terveydenhuoltohenkilökunnasta annettu laki ja laki psykiatrisesta terveydenhuollosta tulivat voimaan vuonna 2001. Asetus terveyspalvelujen priorisoimisesta ja oikeudesta hoitoon tuli voimaan 1 tammikuuta 2001 samanaikaisesti potilaslain kanssa ja sillä kumottiin vuoden 1997 hoitotakuu. Uudistettu erikoissairaanhoitolaki tuli niin ikään voimaan samana vuonna. Vuoden 2002 alusta alkaen sairaalat on organisoitu uudelleen yhtiöperusteisesti. Terveydenhuoltoyhtiö (helseforetak), on itsenäinen oikeushenkilö. Säännökset yhtiöiden toiminnasta ja organisaatiosta on annettu laissa terveydenhuoltoyhtiöistä.

Potilaslain 1 luvun 1 §:n mukaan lain tavoitteena on taata koko kansalle yhdenvertainen pääsy terveydenhuoltoon, laki koskee lähtökohtaisesti kaikkia maassa oleskelevia. Henkilöiden osalta, jotka eivät ole Norjan kansalaisia ja joilla ei ole vakituista asuin-

paikkaa Norjassa, voidaan kuitenkin säätää rajoituksia. Terveystieteiden osalta on lisäksi erikseen säädetty, että niiden tavoitteena on tarjota erikoissairaanhoidon palveluita kaikille niitä tarvitseville iästä, sukupuolesta, asuinpaikasta, taloudellisesta tilanteesta tai etnistä taustasta riippumatta.

Potilaslain 2 §:n 1 momentin mukaan potilaalla, joka on ohjattu julkiseen sairaalaan tai erikoispoliklinikalle, on oikeus terveydentilan arviointiin 30 arkipäivän kuluessa (yleislääkärin) lähetteen vastaanottamisesta. Arvioinnin tulee sisältää arvio hoidon tarpeesta ja tieto hoidon tulevasta ajankohdasta. Arviointi tapahtuu lähetteen perusteella. Tarpeen vaatiessa on hankittava lisäselvitystä tai potilas on kutsuttava tutkimuksiin.

Hoidon tarve arvioidaan kaikkien potilaiden osalta. Potilaalle on välittömästi ilmoitettava diagnoosi, sairauden vakavuusaste, hoitosuunnitelma ja hoidon suunniteltu ajankohta. Velvollisuus välittömään ilmoitukseen ei ole oikeudellisesti sitova, mutta ilmoitusvelvollisuuden ajankohtaa on noudatettava mahdollisimman tarkasti. Arviolla hoidon välttämättömydestä tarkoitetaan 2 §:n 1 momentin mukaista arviota siitä, kuuluuko potilas välttämättömän hoidon piiriin eli onko hänelle annettavalle hoidolle annettava etusija suhteessa muille potilaille annettavaan hoitoon. Päätöksen hoidon välttämättömydestä tekee lääkäri.

Oikeus lääketieteelliseen arviointiin sisältää myös oikeuden klinisiin tutkimuksiin silloin, kun yleislääkärin lähetteen pohjalta ei voida saada riittävää tietoa. Tällöinkin tutkimukset on tehtävä 30 päivän kuluessa ensimmäisen lähetteen vastaanottamisesta. Tämä koskee myös tilanteita, joissa tarvitaan usean eri erikoislääkärin tekemiä tutkimuksia tai potilas ohjataan eri hoitolaitokseen. Erikoissairaanhoidon 2 §:n 2 momentin mukainen vastuullisen toiminnan vaatimus ratkaisee, onko potilas ohjattava erikoislääkärille vai onko lähetteen sisältämä tieto riittävää.

Odotusaikaa on pidettävä enimmäisodotusaikana. Jokaisen potilaan kohdalla on arvioitava kuinka pitkä odotusaika on ”vastuullinen”, jolloin arvio voi olla myös alle 30 päivää. Silloin kun on syytä epäillä vakavaa tai hengenvaarallista sairautta, potilaalla on 2 §:n 2 momentin mukaan oikeus nopeammin

tapahtuvaan arviointiin. Oikeuden toteuttamista yksittäisessä tapauksessa on arvioitava lääketieteellisen kokonaisarvion perusteella.

Potilaalla on oikeus saada terveydentilastaan myös toisen lääkärin arvio. Koska potilaalla on oikeus hakeutua hoitoon valitsemaansa sairaalaan, hänellä on myös oikeus saada toinen arvio missä tahansa sairaalassa Norjassa. Oikeus syntyy kun potilas on saanut ensimmäisen 2 §:n 2 momentin mukaisen arvion. Sisällöltään arvio vastaa 2 §:n 2 momentin mukaista arviota. Toinen arviointi (Second opinion) on velvollisuus antaa vain kerran saman terveydentilan osalta, eikä sitä tarvitse antaa 30 päivän sisällä. Toinen arvio ei automaattisesti ohita aikaisempaa arviota, vaan potilas yhdessä arvioinnin suorittaneen lääkärin kanssa valitsee, kumpi arvio asetetaan hoitotoimenpiteiden perustaksi. Jos arviot eroavat toisistaan hoidon välttämättömyyden osalta, potilaalla on oikeus välttämättömään hoitoon, jos valittu arvio tähän oikeuttaa. Potilaan ei tarvitse ilmoittaa syytä toisen arvion pyytämiseen.

Oikeudesta välttämättömään hoitoon säädetään potilaslain 2 luvun 1 §:ssä. Sen mukaan potilaalla on oikeus välttämättömään hoitoon sekä kunnallisen sairaanhoidon että erikoissairaanhoidon osalta. Oikeus koskee kaikkea Norjassa julkisesti rahoitettua erikoissairaanhoidon ja muualla annettavaa hoitoa siinä määrin kuin terveydenhuoltoyhtiöt tai alueelliset terveydenhuoltoyhtiöt ovat tehneet tästä sopimuksia ja käytettävissä olevan kapasiteetin asettamissa rajoissa. Muita edellytyksiä ovat, että potilaalle on hoidosta odotettavissa hyötyä ja että kustannukset ovat kohtuullisessa suhteessa hoidosta koituvaan hyötyyn.

Terveyspalvelujen priorisoinnista ja oikeudesta hoitoon on annettu asetus. Asetuksen 2 §:n mukaan potilaalla on oikeus välttämättömään hoitoon erikoissairaanhoidossa, kun hoidon lykkäminen johtaa potilaan elinajanennusteen lyhenemiseen tai ei-merkitykselliseen elämänlaadun heikkenemiseen, potilaalle on hoidosta odotettavissa olevaa hyötyä ja odotettavissa olevat kustannukset ovat kohtuulliset suhteessa toimenpiteistä koituvaan hyötyyn. Jotta potilaalla on oikeus välttämättömään hoitoon, kaikkien kolmen ehdon tulee täytyä.

Asetuksen ehdot täyttävällä potilaalla on

oikeus hoitoon lääketieteellisen arvion perusteella vastuullisen toiminnan vaatimuksen määrittämässä ajassa. Aika, jolloin potilaalla viimeistään on oikeus saada tiettyä jo määriteltyä hoitoa, määräytyy siis lääketieteellisin perustein. Sille ei siis ole, toisin kuin aikaisemmassa hoitotakuujärjestelmässä, asetettu enimmäisaikarajoja.

Oikeus terveydentilan arviointiin koskee rajoituksetta kaikkia erikoissairaanhoidon piiriin ohjattuja potilaita. Tässä vaiheessa ei potilaiden välillä siis tehdä minkäänlaista priorisointia. Potilaiden priorisointi tapahtuu arvioinnin jälkeen annettavan hoidon suhteen siten, että vakavasti sairaita potilaita, jotka täyttävät potilaslain 2 §:n 1 momentissa ja terveystalvelujen priorisoinnista ja oikeudesta hoitoon annetun asetuksen 2 §:ssä asetetut ehdot, priorisoidaan suhteessa muihin potilaisiin.

Potilaalle on tarjottava välttämätön hoito lääketieteellisen arvion perusteella määritellyssä ajassa. Norjan kansallisessa lainsäädännössä ei ole säännöksiä siitä, onko potilaalla oikeus ulkomailla annettavaan hoitoon silloin, kun hoitoa ei voida tarjota lääketieteellisen arvioon perustuvassa ajassa. Potilaan oikeuden välttämättömään hoitoon on pääasiallisesti tarkoitettu toteutuvan maan sisällä. Oikeus valita sairaala koskee samantasoisia laitoksia Norjassa. Paitsi, että potilaalla on oikeus itsenäisesti valita hoitoa antava sairaala, terveydenhoitohenkilökunnalla on myös velvollisuus ohjata potilas toiseen sairaalaan silloin, kun hoitoa ei voida riittävästi ottaa vastaan kotimaisten hoitolaitosten takia tarjota.

Potilaalla on 2 §:n 1 momentin mukaan oikeus muussa kuin julkisesti rahoitetussa sairaalassa tapahtuvaan välttämättömään hoitoon, siltä osin kuin terveydenhuoltoyhtiöt ovat tehneet hoitoa koskevia sopimuksia muiden tahojen kanssa. Tämä käsittää sekä kotimaiset yksityiset hoitolaitokset että ulkomaiset hoitolaitokset.

EY-oikeuden perusteella potilaalla on oikeus saada hoitoa toisessa EU/ETA-maassa suoraan sosiaaliturvaa koordinoivan asetuksen 1408/71 ja yhteisön tuomioistuimen oikeuskäytännön perusteella määräytyvin edellytyksin. Voimassa olevista kansainvälisistä sopimuksista tärkein on Pohjoismainen sosiaaliturvasopimus, joka koskee myös sairaan-

hoitoa. Sopimuksen mukaan jonkin sopimusmaan lainsäädäntöä sovellettaessa toisen Pohjoismaan kansalaiset rinnastetaan maan omiin kansalaisiin. Lisäksi Norja on tehnyt sopimuksia eräiden potilasryhmien, esimerkiksi reumapotilaiden, kuntoutuksesta ja hoidosta ulkomailla.

2.2.3. Tanska

Tanskan perustuslaki (Danmarks Riges Grundlov) on perusoikeussääntelyltään melko suppea, eikä se sisällä terveyttä koskevia säännöksiä. Lain 71 §:n henkilökohtainen vapaus 1 momenttiin sisältyvän poliittisen tai uskonnollisen vakaumuksen sekä syntyperän perusteella tapahtuvan ehdottoman vapaudenriiston kiellon on tosin katsottu sisältävän myös pakkohoidon. Vuodesta 1998 lähtien Tanskassa on ollut voimassa erityinen laki potilaan oikeuksista (Lov om patienters retsstilling), joka sisältää säännökset potilaan itsemääräämisoikeudesta, potilasasiakirjoista sekä terveydenhuoltohenkilökunnan vaitiolovelvollisuudesta. Lakiin ei kuitenkaan sisälly hoitoon ottamista tai potilaan oikeutta hoitoon koskevia säännöksiä. Niitä koskeva sääntely sisältyy lakiin julkisesta sairausvakuutuksesta (Lov om offentlig sygesikring) ja sairaalalakiin (Lov om sygehusvæsenet). Lisäksi potilaan oikeus saada hoitoa voidaan osittain johtaa terveydenhuoltohenkilökunnalle asetetuista velvoitteista. Tanskassa ei ole annettu terveydenhoitohenkilökuntaa koskevaa yleistä auktorisointilakia vaan henkilökuntaa koskevat säännökset sisältyvät useisiin erillislakeihin, esimerkiksi lääkärlakiin ja lakiin sairaanhoitajista. Oikeutta hoitoon koskee lisäksi kolme asetusta (Bekendtgørelse om adgang til lægehjælp efter sygesikringsloven, Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp ja Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme).

Tanskan lainsäädännössä ei ole säännöksiä potilaan oikeudesta saada terveydentilastaan toisen lääkärin arvio. Tanskassa potilaat ovat voineet valita hoitoa antavan sairaalan vuoden 1993 alusta lähtien. Nykyisin oikeus valita sairaala käy ilmi sairaalalain 5 b §:stä, jonka 1 momentin mukaan henkilö, joka ohjataan sairaalahoitoon, voi valita hoitoa anta-

van sairaalan asuinpaikan maakunnan (amtskommun) ja muun maakunnan alueella sijaitsevista sairaaloista sekä 5 §:n 1 - 3 momentissa luetelluista yksityisistä sairaaloista. Oikeus on riippumaton asuinpaikan maakunnan palvelutarjonnasta ja sen sairaanhoitoon pääsulle asettamista kriteereistä. Potilaan asuinpaikan maakunta vastaa hoidosta aiheutuvista kustannuksista.

Potilaan oikeudelle valita hoitoa antava sairaala 5 §:n 3 momentissa luetelluista yksityisistä sairaaloista on kuitenkin asetettu taloudelliset puitteet siten, että asuinpaikan maakuntien velvollisuus kattaa kustannukset rajoittuu vuosittain sairaalakohtaisesti vahvistettavaan rahamäärään. Oikeutta valita hoitoa antava sairaala voidaan lisäksi rajoittaa psykiatristen potilaiden osalta, samoin oikeutta voidaan rajoittaa lueteltujen vapaudenmenetyksen kohteena olevien henkilöiden osalta. Lisäksi kiireellisissä tapauksissa oikeus valita sairaala on rajoitetumpi.

Tapauksissa, joissa henkilö on ohjattu muuhun kuin akuuttiin hoitoon sairaalaan, jossa odotusaika kyseiseen hoitoon selvästi ylittää samaa hoitoa koskevan odotusajan toisessa sairaalassa, on sairaalan mahdollisimman pian informoitava asianomaista henkilöä hänen oikeudestaan itse valita hoitoa antava sairaala ja tarjottava mahdollisuutta ohjata hänet sairaalaan, jossa odotusaika on lyhyempi.

Sairaalalla ei kuitenkaan ole ehdotonta velvollisuutta ottaa potilasta hoitoon. Asetuksen (Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp) mukaan sairaala voi kieltäytyä ottamasta potilasta hoitoon silloin, kun se on perusteltua sairaalakapasiteetin asettamien rajoitteiden vuoksi.

Lainmuutoksella 1 heinäkuuta 2002 lähtien potilaan mahdollisuutta valita sairaala on laajennettu. Ellei asuinkunta voi kahden kuukauden kuluessa lähetteen vastaanottamisesta tarjota hoitoa, joko maakunnan omassa tai muussa sairaalassa, on potilaalla oikeus hakeutua hoitoon myös sellaiseen sairaalaan, jonka kanssa maakunnat ovat tehneet hoitoa koskevan sopimuksen. Maakunnat voivat tehdä sopimuksia yksityisten joko Tanskassa tai ulkomailla sijaitsevien sairaaloiden, klinikoiden tai muiden hoitolaitosten kanssa. Kahden kuukauden odotusaikaan ei lueta

mahdollisia tutkimuksiin käytettäviä ajanjaksoja, poikkeuksena yli kahden viikon ylittävät odotusajat. Yksityiskohtaiset säännökset potilaan oikeudesta valita hoitoa antava sairaala on annettu asetuksella (Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp).

Asetuksen mukaan sairaalan on mahdollisimman pian lähetteen vastaanottamisen jälkeen ilmoitettava potilaalle, voiko se tarjota hänelle tarvittavan hoidon enimmäisodotusajan kuluessa. Silloin, kun hoitoa ei voida odotusajan kuluessa tarjota, potilasta on informoitava hänen oikeudestaan valita hoitoa antava sairaala ja potilaalle on mahdollisuuksien mukaan tarjottava mahdollisuutta hoitoon sellaisessa sairaalassa, joka voi tarjota hoidon. Jos sairaala jo lähetteen vastaanottamisen hetkellä tietää, ettei hoitoa voida antaa asetetussa kahden kuukauden ajassa, sen on kahdeksan arkipäivän kuluessa ilmoitettava tämä potilaalle.

Sairaalalakiin sisältyvä kahden kuukauden aikaraja ei sääntele varsinaista hoitoa koskevaa enimmäisodotusaikaa, vaan ainoastaan laajentaa oikeuden valita hoitoa antava sairaala myös yksityisiin hoitolaitoksiin ja ulkomaisiin hoitolaitoksiin. Se ei siis aseta mitään takarajaa hoidon aloittamiselle. Hengenvarallista sairautta sairastavalle potilaalle on kuitenkin annettava hoito enimmäisodotusajan kuluessa.

Tanskassa on 1990-luvun alusta lähtien ollut käytössä kaikkiaan neljä eri muotoista hoitotakuuta. Ensimmäinen hoitotakuu tuli voimaan vuonna 1993, sitä seurasivat vuosien 1995 ja 1999 hoitotakuut. Tällä hetkellä voimassa oleva takuu tuli voimaan vuonna 2001. Vuoden 1993 hoitotakuu asetti kolmen kuukauden enimmäisodotusajan kaikille eikakuuteille kirurgisille toimenpiteille. Kolmen kuukauden tavoite oli tarkoitettu saavutettavan vuoteen 1995 mennessä. Tavoitteesta kuitenkin luovuttiin, kun kävi selväksi, ettei sitä saavutettaisi asetettuun määräaikaan mennessä. Osaltaan tavoitteen saavuttamista vaikeutti myös vuoden 1995 yleislakko ja sairaanhoitajien työsulku. Vuonna 1995 otettiin käyttöön ensimmäinen lakiin perustuva hoitotakuu, joka asetti kolmen kuukauden enimmäisodotusajan repeytyneen polven nivelkierukan leikkauksille. Samoin kuin aikai-

sempi takuu, vuoden 1995 hoitotakuu lyhensi jonkin verran odotusaikoja, mutta sen noudattaminen osoittautui niin ikään mahdottomaksi ja se kumottiin vuonna 1997.

Vuonna 1999 sairaalalaissa asetettu hoitotakuu perustui odotusajan vaikutuksista eri potilasryhmille tehdyn arvioinnin perusteella asetetuille tavoitteille. Sairaudet, joille enimmäisodotusajat asetettiin olivat hengenvaaralliset sydänsairaudet, rintasyöpä, keuhkasyöpä, kohtusyöpä ja suolistosyöpä. Syyskuun 1 päivänä 2001 voimaan tulleen lainmuutoksen jälkeen sairaalalain hengenvaarallisiin syöpäsairauksiin luetaan kaikki syöpäsairaudet. Muutosta aiempaan nähden vuonna 1999 asetetussa ja 2001 laajennetussa hoitotakuussa on myös se, että maakunnille on asetettu velvollisuus joko tarjota hoitoa asetuissa aikarajoissa tai vaihtoehtoisesti kustantaa potilaalle muualla annettava hoito. Sairaalalakiin sisältyvän hoitotakuun lisäksi Tanskassa on asetettu sisällöltään vaihtelevia alueellisia hoitotakuita.

Asuinkunnan on viimeistään kahdeksan päivän kuluttua siitä, kun sen sairaala on vastaanottanut lähetteen, ilmoitettava potilaalle, voiko se tarjota hänelle tarvittavan hoidon enimmäisodotusajan kuluessa. Silloin kun hoito voidaan tarjota, on samalla ilmoitettava aika tutkimuksiin. Silloin kun hoitoa ei voida odotusajan kuluessa antaa, on potilaalle mahdollisuuksien mukaan tarjottava mahdollisuutta hoitoon sellaisessa sairaalassa, joka voi tarjota hoidon enimmäisajan kuluessa. Tällöin kyseeseen tuleva sairaala voi olla joko toisessa kunnassa sijaitseva sairaala tai yksityinen tai ulkomainen sairaala.

Tarkemmat säännökset hoitotakuusta sisältyvät asetukseen (Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme). Asetuksen 3 §:ssä on syöpäsairauksien osalta vahvistettu seuraavat enimmäisodotusajat: kaksi viikkoa tutkimukseen, kaksi viikkoa leikkaukseen, kaksi viikkoa lääkehoidon aloittamiseen, silloin kun se on ensisijainen hoitomuoto, neljä viikkoa sädehoidon aloittamiseen, silloin kun se on ensisijainen hoitomuoto ja neljä viikkoa jälkihoidon aloittamiseen.

Se mistä ajankohdasta alkaen ajan kulumisen lasketaan, on jokaisen vaihtoehdon osalta määritetty erikseen.

Tanskan lainsäädännössä ei ole asetettu yleisiä priorisointikriteerejä. Myöskään vakavien sairauksien osalta, joille on asetettu hoitotakuu, ei ole erityisesti lausuttu, että tällaisesta sairaudesta kärsivä potilas on tarkoitus asettaa muiden edelle.

Tanskan kansallisen lainsäädännön perusteella potilaalla on oikeus saada hoitoa ulkomailla kahdessa tapauksessa, silloin kun hoitoa ei voida tarjota kotimaassa asetetussa kahden kuukauden enimmäisodotusajassa tai hengenvaarallista sairautta sairastavalla potilaalla silloin, kun hoitoa ei voida tarjota kotimaassa erikseen sairaalalain ja asetuksessa (Bekendtgørelse om behandling af patienter med livstruende kræftsygdomme) määritellyssä lyhyemmässä ajassa.

Potilaalla on lisäksi oikeus saada ulkomailta hoitoa, jota ei voida antaa Tanskassa, silloin kun hoitava sairaala pitää tätä välttämättömänä. Hiljattain tehdyn muutoksen jälkeen tämä koskee tietyin edellytyksin myös vielä kokeiluasteella olevaa hoitoa.

Silloin kun EU-maan kansalainen tai tämän perheenjäsen ohjataan hoitoon toiseen EU-maahan julkiseen sairaalaan tai muu kuin tällainen henkilö ohjataan hoitoon toisessa Pohjoismaassa sijaitsevaan julkiseen sairaalaan, voidaan hoitoon ohjaaminen tehdä asetuksen 1408/71 tai Pohjoismaisen sosiaaliturvasopimuksen säännösten mukaisesti.

Tanskan lainsäädännössä ei ole erityisiä säännöksiä potilaan oikeudesta tehdä hoitopäätöstä tai hoitoonottopäätöstä koskeva valitus. Myöskään lainsäädännössä asetettujen hoitoon pääsyä koskevien aikarajojen ylittymisen suhteen ei ole osoitettu valitusmahdollisuutta.

2.3. Nykytilan arviointi

Viime vuosina terveydenhuollon toimintaedellytyksissä ja palvelujen saatavuudessa on ollut ongelmia, joiden ratkaisemiseksi asetettiin syksyllä 2001 kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveydenhuollon keskeinen ongelma on, miten riittävät palvelut kohtuujassa voidaan perustuslain mukaisesti turvata kaikille asuinpaikasta, iästä ja sosiaalisesta asemasta riippumatta. Vanhat mallit eivät toimi, joten terveydenhuollon toimivuutta joudutaan seu-

raamaan ja ohjausvastuuta tarkentamaan sekä järjestämisvastuuta täsmentämään. Terveydenhuollon laatu pitää turvata hoidon tuloksissa, potilaiden kohtelussa sekä järjestelmän tehokkuudessa. Terveydenhuolto toimii hyvin, kun sen piirissä mahdollisimman tarkoin tiedetään mikä toimii, mitkä ovat vaihtoehtoisten ratkaisujen kustannusvaikutukset ja mitä vaikutuksia hoidoista on koko yhteiskunnalle ja väestölle. Hoitomuodot kehittyvät ja teknologia tarjoaa uusia mahdollisuuksia luoden samalla kustannuspaineita terveydenhuoltoon. Yhä enemmän tutkimuksissa ja hoidoissa joudutaan arvioimaan myös toimenpiteiden rajahyötyä. Hoidon tai tutkimuksen todellinen merkitys voi olla joissakin tilanteissa vain vähäinen.

Terveydenhuollossa on aina jouduttu tekemään valintoja. Terveydenhuollossa tällä on tarkoitettu tiettyjen hoitojen, sairauksien tai potilaiden asettamista etusijalle voimavarojen rajallisuuden takia. Tosiasia kuitenkin on, ettei missään maassa ole pystytty tarjoamaan kaikkia mahdollisia terveydenhuollon palveluja vaan niitä joudutaan rajaamaan käytännön toiminnassa. Tehtäessä terveystaloudellisia linjaratkaisuja tai päätettäessä yksittäisen potilaan hoitamisesta tai hoitamatta jättämisestä on otettava huomioon lääketieteelliset indikaatiot, potilaan toiveet ja valinnat, vaikutukset elämän laatuun sekä sosiaaliset, juridiset ja taloudelliset tekijät. Jotta voidaan päätyä perusteltuun ratkaisuun, on siis otettava huomioon, mikä on lääketieteellisesti tarkoituksenmukaista, mitä toiveita potilaalla itsellään on hoitonsa suhteen, millainen on hoitoa koskeva sosiaalinen, taloudellinen ja juridinen kehys ja miten hoito vaikuttaa potilaan elämän laatuun. Hoidon vaikuttavuutta mitattaessa ei siis voi tyytyä yksinomaan taloudellisiin laskelmiin. Ensimmäisenä perusteena potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa on kuitenkin potilaiden yksilöllinen hoidon tarve.

Valintojen kannalta keskeisiä periaatteita ovat ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, yhdenvertaisuus ja oikeudenmukaisuus. Kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja Suomen perustuslaki edellyttävät erityisesti yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteuttamista terveydenhuollon palveluissa. Tosiasiallinen yhdenvertaisuus edellyttää yhteiskun-

nan eriarvoisuuden poistamista. Yhdenvertaisuusperiaate merkitsee muun muassa sitä, että ihmisten tulee olla samanarvoisessa asemassa asuinpaikastaan riippumatta. Perustuslain 6 §:n 1 momentti yhdessä perustuslain 22 §:ään sisältyvän perusoikeuksien yleisen turvaamisvelvollisuuden kanssa velvoittaa julkista valtaa lainsäädännöllä ja muilla toimenpiteillä aktiivisesti edistämään yhdenvertaisuuden toteutumista yhteiskunnassa.

Kansainvälisessä vertailussa Suomessa on sekä lääkäreitä että sairaanhoitajia runsaasti suhteessa väestön määrään ja myös palvelutuotannon volyyymi on erittäin korkea. Eri-laisten selvitysten mukaan vaihtelu kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä on kuitenkin suurta sekä palveluiden tuotantomäärissä, kustannuksissa että myös jonojen pituudessa. Erikoissairaanhoidossa palvelujen saatavuudessa on suuria alueellisia eroja. Tavallisimpien leikkaustoimenpidemäärien erot sairaanhoitopiirien välillä ovat suurimmillaan kahdeksankertaisia (Stakes 2003: Kirurgian aluevaihtelut). Suomessa on esimerkiksi sairaaloita, joissa tiettyjä toimenpiteitä väestöön suhteutettuna tehdään viisi, jopa kymmenen kertaa niin paljon kuin joissakin muissa sairaaloissa ja silti näissä sairaaloissa voi olla pidemmät jonot kuin sairaaloissa, joissa toimenpiteitä tehdään vähemmän. Näin suuret vaihtelut toimenpiteiden määrissä eivät selity myöskään väestön erilaisella sairastavuudella. Erot muodostuvat tosiasiallisesti siitä, että eri paikoissa ihmiset otetaan hoitoon erilaisin hoidon perustein, hoitodikaatioin.

Erikoissairaanhoidossa ennakolta suunniteltuihin toimenpiteisiin keskittyvä hoito kattaa vain noin 20 prosenttia toiminnasta. Suurin osa erikoissairaanhoidon potilaista asioi siis päivystyksellisen tai muutoin kiireellistä hoitoa vaativan asian tai pitkäaikaisen kroonisen sairauden takia erikoissairaanhoidossa. Myös perusterveydenhuollossa potilaiden pitkäaikaiset hoitosuhteet, kroonisten kansansairauksien hoito ja ehkäisevä kansanterveysyö ovat tärkeitä alueita. Hoitoon pääsyä turvaavat periaatteet onkin laadittava siten, että ne soveltuvat myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden lääketieteellisesti perusteltuun seurantaan ja hoitoon sekä hoidon jatkuvuutta varmistaviin hoitosuhteisiin.

Yleinen uskomus näyttää olevan, että ter-

veydenhuollon palvelujen saatavuuden parantaminen ja jonojen purkaminen voitaisiin tehdä vain voimavaroja, rahaa ja henkilökuntaa lisäämällä. Ongelmat hoidon saatavuudessa eivät kuitenkaan johdu pelkästään riittämättömistä voimavaroista. Kansainväliset ja kotimaiset tutkimukset ja käytännön kokemus osoittavat, että pelkällä voimavarojen lisäämisellä jonoja ei voida lyhentää, ainaakaan pysyvästi. Terveystieteidenkin pitäisi sääntö, että tarjonta lisää kysyntää. Terveystieteidenhuollon voimavarapäätöksissä joudutaan ottamaan huomioon koko järjestelmän toimivuus siten, että myös eri potilasryhmät ovat yhdenvertaisessa asemassa keskenään. Jatkuvasti parantuvat hoitomahdollisuudet lisäävät terveystieteidenhuollon kysyntää nopeammin kuin terveystieteidenhuollon rahoitusta voidaan lisätä. Kasvava epätasapaino on johtanut siihen, että hoidon perusteita ja hoidon tarpeen arviointijärjestelmiä pitää täsmentää ja selkeyttää. Ratkaisuja voidaan löytää myös tarkastelemalla hoitoprosesseja kokonaisuuksina. Eettiset ja taloudelliset näkökohdat edellyttävät, että julkisilla varoilla potilaille tarjotaan vain vaikuttavaa hoitoa ja vaikuttamattomat hoidot karsitaan. Oikeudenmukaisuus hoidossa edellyttää, että yhtäläisessä hoidon tarpeessa olevat hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen keskeinen arvoperusta on oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon lisääminen hoitoon pääsyssä. Perimmäinen tavoite on, että potilas pääsee hoitoon mahdollisimman nopeasti ja saa mahdollisimman hyvää hoitoa varallisuudestaan tai asuinpaikastaan riippumatta. Hoitoon pääsyn turvaamisessa on kyse lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perustellusta hoidosta, joka määrittyy kansallisista hoitosuosituksista tai muuten näyttöön perustuvasta hoidosta. Hoidosta päättävien yhteiskunnalliseen vastuuseen kuuluu myös karsia hyödyttömiä hoitoja, koska niistä aiheutuu paitsi tarpeettomia kustannuksia myös pettymystä ja kärsimystä potilaalle. Hoitojen tehon, kustannushyödyn, hyötyjen ja haittojen arviointi kuuluu myös laadultaan hyvään hoitoon, vaikka potilaan hoidossa on arvioitava muitakin asioita kuin taloutta. Terveystieteidenhuollon hoidon aiheiden määrittäminen ja uusien menetelmien arviointi ovat erittäin

tärkeitä.

Nykyisin eri kuntien asukkaat eivät aina saa sairaanhoitopiirissä hoitoa tasa-arvoisesti. Sairaanhoitopiireihin on saattanut syntyä kuntien rahoituksesta riippuen kuntakohtaisia potilasjonoja, joissa joidenkin kuntien asukkaat ovat saaneet hoitoa ja joidenkin eivät. Tilanne on kärjistynyt usein loppuvuodesta, kun huomataan, että jotkut kunnat ovat budjetoineet erikoissairaanhoitoon liian vähän rahaa.

Maassamme on viime vuosina ollut julkisen sektorin lääkäripula. Se on erityisesti koetellut syrjäisten alueiden pieniä terveyskeskuksia. Lääkäripula on muun muassa johtanut vuosien 1993-1997 lääkärikoulutuksen supistamisesta. Lääkärikoulutusta supistettiin 360 aloituspaikkaan. Sitten lääkärikoulutusta on lisätty asteittain vuodesta 1998 alkaen ja vuonna 2003 aloitti lääkärikoulutuksen 630 opiskelijaa. Lisätty lääkärikoulutus on jo alkanut tuottaa tulosta. Vuodesta 2004 alkaen lääkäreitä valmistuu enemmän kuin heitä poistuu työelämästä.

Sosiaali- ja terveysministeriön teettämän selvityksen (Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:1) mukaan lääkärivajeen kasvu on pysähtynyt. Tilastokeskuksen henkilötyövuosiksi laskettuna lääkäreiden määrä on noussut vuodesta 1990 vuoteen 2000 mennessä 2100:lla (Tilastokeskuksen kunnallinen henkilörekisteri). Lokakuussa 2003 terveyskeskuksissa puuttui lääkäri 390 virasta ja sairaaloista 600 virasta. Täyttämättömien virkojen määrä on sama kuin vuoden 2001 lokakuussa. Kuitenkin terveyskeskuksissa ja sairaaloissa oli työssä lääkäreitä enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Terveystieteidenhuollon kysyntä oli lokakuussa 2003 noin 200 lääkäreitä enemmän ja sairaaloissa noin 550 lääkäreitä enemmän kuin kaksi vuotta aiemmin.

Terveystieteidenhuollon lääkäriinviroista oli hoidamatta 11 prosenttia (10 prosenttia vuonna 2001) ja sairaaloiden lääkäriinviroista kahdeksan prosenttia (yhdeksän prosenttia vuonna 2001). Eniten lääkärivajasta oli psykiatrian, anestesiologian ja tehohoidon sekä radiologian erikoisaloilla. Kahden viime vuoden aikana lääkärivajeen kasvu terveyskeskuksissa ja sairaaloissa näyttäisi kuitenkin pysähtyneen.

Hammashoitohenkilöstöä terveyskeskuksiin on lisätty vuosina 2001 - 2003 noin 180 hammaslääkärinä, 115 hammashuoltajana, 152 hammashoitajana ja 29 muuta hammashuollon työntekijää. Toisaalta joissakin terveyskeskuksissa hammaslääkäreitä oli aikaisempaa vähemmän. Vähennykset olivat arvioiden perusteella noin 50 hammaslääkärinä. Hammashuoltajien ja hammashoitajien kohdalla vähennykset olivat huomattavasti vähäisempiä. Selvityksen perusteella terveyskeskusten suun terveydenhuollon henkilöstön voimavarat ovat nousseet lamaa edeltäneelle tasolle. Hammashuoltohenkilöstön rakenteeseen näillä henkilöstömuutoksilla ei ollut juuri vaikutusta lukuun ottamatta hammashuoltajien osuuden lievää nousua suhteessa hammaslääkärimäärään. Selvityksen perusteella terveyskeskusten hammaslääkärin virkojen tai toimien vaje oli seitsemän prosenttia lokaussa 2003, vaje oli kaksinkertainen vuoteen 2001 verrattuna. Alueellisesti vaje oli suurin Etelä-Karjalan, Itä-Savon ja Kainuun sairaanhoitopiirien alueilla. Hammaslääkäreitä valmistuu seuraavina vuosina noin 50 vähemmän kuin työelämästä poistuu. Hammaslääkärinkoulutusta on lisätty käynnistämällä Turun yliopistossa hammaslääkäreiden peruskoulutus uudelleen vuonna 2004.

Vuoteen 2010 mennessä lääkäreitä valmistuu noin 700 enemmän kuin työelämästä poistuu. Näiden lisäksi vuosittain toista sataa ulkomailla opiskellutta suomalaista tai ulkomaalaista lääkärinä saa ammatinharjoittamisoikeuden Suomessa. Euroopan talousalueen ulkopuolella lääkärinkoulutuksen saaneiden mahdollisuudet saada ammatinharjoittamisoikeus Suomessa on oleellisesti parantunut viime vuosien toimenpiteiden ansiosta. Sen lisäksi että perehdyttämiskoulutusta on lisätty, terveyskeskukset ja sairaalat saavat erityisvaltionosuutta (EVO - rahaa) näiden lääkärin puolen vuoden pakolliselta harjoittelujaksolta.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä hyväksyttiin, että erikoismaksuluokkajärjestelmästä luovutaan asteittain. Sairaaloiden erikoismaksuluokka on ollut käytössä noin 40 vuoden ajan. Sillä voidaan nähdä kaksi keskeistä tarkoitusta, antaa potilaalle mahdollisuus valita hoitava lääkäri ja tarjota lääkäreille taloudellinen kannustin. Julkisessa keskus-

telussa on myös varsin usein esillä näkemys, jonka mukaan erikoismaksuluokka tarjoaa kanavan, jonka kautta hoitoa jonottava voi lisämaksusta ohittaa hoitojonoja. Myös eräät asiasta tehdyt selvitykset tukevat tätä näkemystä.

Erikoismaksuluokan käyttöönoton jälkeen Suomen terveydenhuoltojärjestelmä ja myös terveydenhuolto ovat muuttuneet merkittävästi. Mikäli erikoismaksuluokkajärjestelmää tarkastellaan potilaan valinta-oikeuden näkökulmasta, niin 1990 luvun alkupuolella voimaan tulleet erikoissairaanhoitolaki ja potilaslaki ovat muuttaneet merkittävästi tilannetta aikaisempaan verrattuna. Erikoissairaanhoitolain 33 §:n 2 momentin mukaan potilaalle on toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa pyrittävä varaamaan mahdollisuus valita häntä hoitava lääkäri asianomaisen toimintayksikön lääkäreistä. Vastaavasti potilaslain 6 §:n mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Näiden säännösten perusteella kaikilla sairaalaa otettavilla potilailla tulisi olla mahdollisuus valita yhtäläisin perustein hoitava lääkäri ilman, että tästä valinnanmahdollisuudesta tarvitsee maksaa erikseen. Hoitavan lääkärin valinnan sitominen siihen, että potilas hakeutuu erikoismaksuluokan potilaaksi on omiaan heikentämään potilaiden yhdenvertaisuutta ja asettaa kunnallisen terveydenhuollon palveluja käyttävät henkilöt keskenään eriarvoiseen asemaan sen perusteella, onko potilaalla mahdollisuutta maksaa normaaliin hoitopäivämaksuun verrattuna varsin korkeita lisämaksuja.

Erikoismaksuluokkaoikeuden omaavien lääkäreiden näkökulmasta järjestelmä on tarjonnut mahdollisuuden saada lisäansioita. Tätä mahdollisuutta on käyttänyt noin viidennes sairaalalääkäreistä. Erityisesti tilanteessa, jossa joidenkin erikoisaloiden lääkäreistä on ollut pulaa, erikoismaksuluokkajärjestelmä ja sen mahdollistamat lisäansiot ovat merkinneet, että kunnallisten sairaaloiden virat ovat useissa tapauksissa olleet palkkauksellisesti varsin kilpailukykyisiä yksityisen sektorin kanssa. Näin järjestelmä on osaltaan edesauttanut ammattitaitoisten erikoislääkäreiden saamista ja pysymistä sairaaloiden palveluksessa. Erikoismaksuluokan

laaja käyttö on kuitenkin rajautunut vain joillekin erikoisalaille, yli puolet erikoislääkäreistä on käyttänyt erikoismaksuluokkajärjestelmää anesthesiologiassa, kirurgiassa, korva-, nenä- ja kurkkutaudeissa, patologiassa ja silmätaudeissa. Huomattavasti useimmalla erikoisalalla erikoismaksuluokan potilaita on alle 10 prosentilla sairaalalääkäreistä. Joillakin erikoisalalla ei ole mahdollista lainkaan käyttää erikoismaksuluokkaa, esimerkiksi psykiatria. Lisäksi voidaan todeta, että ainoastaan lääkäreillä on mahdollisuus saada lisätuloja erikoismaksuluokan potilaiden hoidosta. Muulla sairaalahenkilökunnalla ei ole mahdollisuutta vastaaviin lisäansioihin, vaikka he osallistuisivatkin erikoismaksuluokkapotilaiden hoitoon.

Kokonaisuutena voidaan arvioida, että nykyisellään erikoismaksuluokkajärjestelmä ei enää ole perusteltu potilaiden yhdenvertaisen valinnanmahdollisuuden näkökulmasta.

3. Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset

3.1. Tavoitteet

Terveydenhuollon päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimysten lievittäminen. Esityksen tavoitteena on täsmentää kuntien ja kuntayhtymien terveydenhuollon palvelujen järjestämisvelvollisuutta siten, että ne potilaat, jotka lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen arvion perusteella tarvitsevat hoitoa, sen myös saisivat lainsäädäntöön sisällytettävien enimmäisaikojen puitteissa. Säädettyjen enimmäisaikojen lisäksi sairaanhoitopiirien johtajalääkärit vastaisivat, sosiaali- ja terveysministeriön koordinoimana, valtakunnallisten hoidon perusteiden eli hoitoidikaatioiden määrittelytyöstä.

Suomessa terveystarvojen vähentäminen on keskeisimpiä terveystaloudellisia tavoitteita, erityisesti terveystalouden turvaaminen tasapuolisesti kaikille väestöryhmille. Tavoitteeseen pääsemiseen voidaan vaikuttaa myös palvelujärjestelmän toimintaa tehostamalla. Kansallinen terveyshanke asetti keskeiseksi tavoitteeksi hoidon saatavuuden turvaamisen ja parantamisen. Potilaan tutkimukseen ja hoitoon liittyvät päätökset ovat edelleenkin

terveydenhuollon ammattihenkilön ammatillista toimintaa. Valtakunnallisten hoitoidikaatioiden avulla voitaisiin hoidon tarpeen arviointi tehdä entistä yhdenmukaisemmin eri puolella maata. Yhtenäisten kriteerien myötä voitaisiin myös vähentää suuria alueellisia eroja hoitotoiminnassa, joita nykyinen toiminta näyttäisi tuottavan.

Hoidon saatavuuden turvaamiseksi kohtuujaksossa on tarpeellista säätää enimmäisajoista hoitoon pääsyssä. Hoidolle asetetut aikarajat edellyttäisivät riittävien palvelujen järjestämisen ennakkointia ja odotusaikojen seurantaa. Enimmäisajat parantaisivat potilaan asemaa ja niissä pysyminen edellyttäisi entistä aktiivisempaa jonojenhallintaa, nykyistä syvällisempää hoidon aiheiden, hoitoidikaatioiden asettamista sekä harkintaa siitä, mistä hoidoista voidaan selvittää enimmäisajoissa.

Välittömän yhteydensaannin ja hoidon tarpeen arvioinnin turvaaminen sekä hoidon järjestäminen enimmäisajoissa tukevat terveydenhuollon voimavarojen tarkoituksenmukaista käyttöä. Terveydenhuollon voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö edellyttää ammattihenkilöiden työnjaon uudelleen arviointia ja kehittämistä. Työnjakoa voitaisiin kehittää ja toteuttaa ammattihenkilöiden välisenä työnjakona, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisenä työnjakona, alueellisena työnjakona sekä julkisen ja yksityisen sektorin välisenä työnjakona. Myös ihmisten omaehtoista terveyden edistämistä voidaan kehittää neuvontaa ja ohjausta parantamalla. Asiakaspalvelun kehittäminen osana hoitopalvelujen kehittämistä sisältää työtapoja, joilla voidaan edistää palvelujen käyttöasteen parantamista, hoidon sujuvuutta ja jononhallintaa.

Esityksen tavoitteena on myös vastuun täsmentäminen potilaan hoidosta siten, että kun potilas on lähetetty sairaanhoitopiiriin sairaalaan saamaan erikoissairaanhoitoa, vastuu potilaan hoidon järjestämisestä siirtyy sairaanhoitopiiriin kuntayhtymälle. Tämä tarkoittaa samalla sitä, että kaikille sairaanhoitopiiriin jäsenkuntien asukkaille on järjestettävä palvelut samojen periaatteiden mukaisesti. Yhtäläisyysperiaate tarkoittaa myös sitä, että hoito on järjestettävä loppuvuodesta samojen periaatteiden mukaisesti kuin alkuvuodesta. Esityksen tavoitteena on lainsäädä-

dännön täsmentäminen ja selkeyttäminen, mikä toteuttaisi perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle säädettyä perusoikeuksien turvaamisvelvoitetta.

Tavoitteena on toimintaprosessien jatkuva alueellinen kehittäminen, joka kattaisi kaikki terveydenhuollon toiminnat.

Asiakasmaksusäännöksiä tulisi uudistaa siten, että kaikilla potilailla olisi varallisuus- asemasta riippumatta yhdenvertaiset mahdollisuudet valita häntä hoitava lääkäri. Lisäksi sairaaloiden henkilökunnalla tulisi olla mahdollisimman yhdenmukaiset mahdollisuudet saada lisäansioita. Sen vuoksi tavoitteena on luopua nykyisestä epätasa-arvoisuutta ylläpitävästä erikoismaksuluokasta. Tämän poistossa luodaan sairaaloiden henkilökunnalle uudenlaiset mahdollisuudet lisäansioiden hankkimiseksi samalla kun sairaalan tilojen ja laitteiden tehokasta käyttöä pyritään lisäämään. Samalla tavoitteena on luoda sekä sairaanhoitopiireille että sairaanhoitopalveluja tarvitseville uudenlainen mahdollisuus hyödyntää sairaaloiden henkilökunnan, tilojen ja laitteiden mahdollistamaa hoitokapasiteettia.

3.2. Toteuttamisvaihtoehdot

Lainsäädännön täsmentämisen lisäksi terveydenhuollon toimintatapoja tulisi kehittää. Sosiaali- ja terveysministeriö on helmikuussa 2004 asettanut terveydenhuollossa annettavan hoidon perusteiden laatimista ohjaavan johtoryhmän, jonka tehtävänä on tukea ja koordinoita sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa yhtenäisten hoidon perusteiden aikaansaamiseksi tehtävää työtä. Johtoryhmän tehtävänä on myös arvioida erikoisaloitain hoidon perusteita koskevan työn kattavuutta ja valmistella tarvittaessa vuoden 2005 alkuun mennessä ehdotuksensa työn laajentamiseksi tai suuntaamiseksi siten, että yhtenäiset hoidon perusteet tulevat kattamaan riittävän laajasti ei-kiireellisesti annettavan sairaanhoidon. Johtoryhmän tehtävänä on seurata yhtenäisten hoitoon ottamisen perusteiden valtakunnallista käyttöönottoa, seurata ja arvioida yhtenäisiin hoidon perusteisiin siirtymisestä aiheutuvia kustannusvaikutuksia sekä järjestää konsensuskokouksia, joiden tarkoituksena on keskustella ja tiedottaa laa-

dituista hoitoon ottamisen perusteista ja sitouttaa terveydenhuollon ammattihenkilöstö uusiin toimintatapoihin. Tavoitteena on, että tärkeimmistä tauti- ja toimenpideryhmistä laaditaan hoitoon ottamisen perusteita koskevat suositukset ja että ei-kiireellistä hoitoa koskevat suositukset kattavat kunkin erikoisalan ennakolta suunnitellusta hoidosta merkittävän osan.

3.3. Keskeiset ehdotukset

Esityksessä ehdotetaan täsmennettäväksi kuntien ja kuntayhtymien järjestämisvelvollisuutta terveydenhuollon palveluissa. Lainsäädäntöön ehdotetaan enimmäisaikoja hoidon tarpeen arvioimiseksi ja hoidon järjestämiseksi (kolme päivää – kolme viikkoa – kolme/kuusi kuukautta). Välitön yhteydenosaanti terveyskeskukseen olisi turvattava arkipäivisin virka-aikana, samoin terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta. Erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän olisi aloitettava hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta ja tarpeelliseksi todettu hoito olisi järjestettävä viimeistään kuudessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Hoidon tarpeen arvioinnissa käytettäisiin yhtenäisiä hoitoidikaatioita. Hoidon tarpeen arvioinnin tulisi perustua lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin, tietoon, kokemukseen ja todettuun näyttöön. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetäisiin henkilön terveydellinen tila ja toimintakyky ja sen kehittyminen terveystarkastuksen, erilaisten kyselyjen, testien ja tutkimusten avulla.

Sairaanhoitopiirien vastuuta niiden hoitoon lähetettyjen potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja hoidon järjestämisestä ehdotetaan selvennettäväksi. Sairaanhoitopiiri olisi vastuussa sen erikoissairaanhoidon lähetetyn potilaan hoidon tarpeen arvioinnista ja hoidon järjestämisestä. Myös mahdollisuuksia saada tietoja hoitoon pääsystä vahvistettaisiin siten, että terveydenhuollon toimintayksikön tiedot odotusajoista olisivat julkisia.

Jos hoitoa ei voida antaa säädetyissä enimmäisajoissa, sairaanhoitopiirin kuntayh-

tymän olisi järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta ilman, että potilaan asiakasmaksu muuttuisi. Jos sairaanhoitopiiri ei voi järjestää hoitoa Suomessa, sen olisi potilaan pyynnöstä annettava hänelle lupa hakeutua hoitoon EU/ETA – jäsenmaihin tai Sveitsiin ilman, että potilaan asiakasmaksu muuttuu. Lupa olisi myönnettävä, jos kyseessä on Suomessa hyväksytty hoitomuoto eli lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltu hoito. Lupaa myönnettäessä otetaan huomioon hakijan terveydentila ja todennäköinen taudinkulku.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia ehdotetaan muutettavaksi siten, että potilaalle olisi ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta ja, jos se muuttuisi, hänelle olisi ilmoitettava muutoksen syy. Lakiin ehdotetaan lisäksi säännöstä tutkimus- tai hoitosuunnitelmasta, joka vahvistaisi erityisesti pitkäaikaissairaiden ja lääketieteellisessä kuntoutuksessa olevan potilaan asemaa.

Asiakasmaksusäännöksiä ehdotetaan muutettavaksi siten, että nykyisestä erikoismaksuluokkajärjestelmästä luovutaan vuoden 2005 alusta lukien. Lääkärit, joilla on lain voimaan tullessa oikeus ottaa vastaan erikoismaksuluokan potilaita, säilyttäisivät kuitenkin lääninhallituksen päätöksen mukaisen oikeutensa kolmen vuoden ajan. Samalla kun erikoismaksuluokkajärjestelmästä luovuttaisiin, otettaisiin käyttöön mahdollisuus toteuttaa erityispoliikkatoimintaa. Tässä toiminnassa sairaalan henkilökunta hoitaisi iltaisin ja viikonloppuisin virka-ajan jälkeen potilaita, joilta voitaisiin periä sairaalan päättämä maksu, joka on korkeampi kuin tavanomainen potilasmaksu. Hoidosta suoritettava maksu tulisi kokonaisuudessaan sairaalalle.

4. Esityksen vaikutukset

4.1. Tavoitellut vaikutukset

Terveydenhuoltoa koskevia päätöksiä tehdään kaikilla tasoilla, yleispolitiikan tasolla, terveyspolitiikan tasolla, alue- ja paikallispolitiikan tasolla ja myös potilas – lääkäri tasolla. Viime vuosien taloudellinen kehitys on johtanut kunnissa erilaisiin valintoihin. Mikään terveydenhuoltojärjestelmä ei ole kyennyt tarjoamaan kaikkia lääketieteen mahdol-

listamia terveyspalveluja. Terveydenhuollon päätöksiä tehtäessä on kaikissa maissa jouduttu valitsemaan terveyspalveluja tavalla tai toisella. Terveydenhuollon valintoja voidaan tarkastella tärkeys- tai kiireellisyysjärjestyksessä. Valintojen kannalta keskeisiä periaatteita ovat ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, yhdenvertaisuus ja oikeudenmukaisuus.

Esityksen tavoitteena on turvata hoidon saatavuus, hoitoon pääsy ja saada terveydenhuollossa tehtävät valinnat näkyvämmiksi. Ihmisten on tärkeää saada tietää, miten valinnat tapahtuvat ja kuka on oikeutettu teemmään näitä valintoja. Terveydenhuoltojärjestelmää ei kuitenkaan voi kehittää siten, että seurauksena olisi joidenkin terveydenhuollon tai sosiaalitoimen asiakasryhmien peruspalvelujen heikentyminen. Työnjaon kehittämiseksi terveydenhuollon vastuuhenkilöt voisivat olla entistä tiiviimmässä vuorovaikutuksessa keskenään. Terveydenhuollon ammattihenkilö tekisi yksittäisessä hoidon tarpeen arvioinnissa valinnan kehiteltävien hoitodikaatioiden avulla. Näiden eri tasojen kautta yhteistyön ja työnjaon kehittämisen avulla terveydenhuoltojärjestelmästä voitaisiin saada avoimempi ja oikeudenmukaisempi kuin nykyisin.

Hoidolle asetetut aikarajat edellyttäisivät palvelujen tarpeen ennakoimista ja palvelujärjestelmän alueellista yhteistyötä. Enimmäisajat parantaisivat potilaan asemaa, niissä pyyminen edellyttäisi entistä aktiivisempaa johtojen hallintaa ja todellisten odotusaikojen seurantaan, nykyistä syvällisempää hoidon perusteiden, hoitodikaatioiden asettamista sekä harkintaa siitä, mistä hoidoista voidaan selvittää enimmäisajoissa.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Tavoitteena on sairauksien ehkäisy, sairauden varhainen toteaminen ja sen hoitaminen. Perusoikeusuudistusta koskevan hallituksen esityksen (HE 309/1993 vp) mukaan julkinen valta turvaa terveyspalvelujen saatavuuden. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Perustuslain

22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Valtion ja kuntien tulee lainsäädäntötoimin, voimavaroja myöntämällä ja toiminnan asianmukaisella järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät terveyspalvelut. Säännösmuutokset edistäisivät terveyspalvelujen saatavuutta sekä osaltaan turvaisivat niiden riittävyyttä. Ehdotukset toteuttaisivat siten osaltaan julkiselle vallalle perustuslain 19 §:n 3 momentin ja 22 §:n mukaan kuuluvaa velvollisuutta.

4.2. Taloudelliset vaikutukset

Lain muutosten toteuttaminen, toimintojen kehittäminen, hoidon saatavuuden turvaaminen sekä potilaan aseman ja oikeuksien parantaminen toteutetaan Kansalliseen terveyshankkeeseen vuosina 2003 – 2004 osoitettujen ja valtion määräraha-kehysten vuosille 2004 – 2007 sisältyvien voimavarojen puitteissa. Vuonna 2005 kustannukset lisääntyvät jonkin verran, mutta kehysten mukaiseen valtionosuuden lisäykseen vuodelle 2005 on sisällytetty hoitoon pääsyn toteuttamisesta aiheutuvat lisäkustannukset.

Kansallisen terveyshankkeen johtoryhmä arvioi huhtikuussa 2002 terveydenhuollon palvelujärjestelmän välitöntä lisärahoitustarvetta ja rahoitustarpeen muutoksia vuoteen 2010 mennessä. Arviossa on otettu huomioon myös säästöt, jotka on mahdollista aikaansaada kehittämällä ja rationalisoimalla palvelujärjestelmää kansallisessa terveyshankkeessa hahmotetulla tavalla. Johtoryhmään kuuluivat sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön ja Suomen Kuntaliiton edustajat.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi otettiin huomioon Kansallisen terveyshankkeen tavoitteiden edellyttämät voimavarat lisäämällä terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuutta.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia on lisätty ja lisätään valtioneuvoston vuosien 2004 – 2007 kehyspäätöksen mukaan noin 400 miljoonalla eurolla, josta terveydenhuollon osuus on 288 miljoonaa euroa. Vuonna 2005 sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuutta li-

sätään määräraha-kehysten mukaisesti 75 miljoonalla eurolla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista valtionosuus vuonna 2002 oli 25,36 prosenttia ja vuonna 2004 se on 31,82 prosenttia. Valtionosuusprosentin nousu perustuu osaksi vuosina 2003 ja 2004 kunnille veronkevennysten aiheuttamien verotulojen menetysten johdosta tehtyihin lisäyksiin. Ilman näitä lisäyksiä valtionosuusprosentti olisi 27,52. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuteen sisältyi vuonna 2003 veronkevennysten vaikutusten kompensointina lisätalousoikeusyksikön yhteydessä hyväksytty 113 miljoonan euron lisäys. Vuodesta 2004 lukien valtionosuuteen on laskettu vuoteen 2003 verrattuna 359 miljoonan euron (josta 2 miljoonaa euroa sisältyy kustannustason tarkistukseen) veronkevennysten kompensointilisäys, jolloin kompensatio on vuositasolla 472 miljoonaa euroa.

Terveydenhuollon laskennalliset kustannukset määritellään kunnan asukasluvun, ikärakenteen ja asukkaiden sairastavuuden mukaan. Lisäksi eräiden kuntien laskennallisiin kustannuksiin vaikuttaa syrjäisyyskerroin. Vuosittain valtionosuuden laskennan perusteena olevia kustannuksia hyväksyttäessä otetaan huomioon valtionosuustehtävien laajuus ja laatu sekä kustannustason muutos siten kuin kuntien valtionosuuslaissa säädetään (2/3 kunnan ansiontason ja palkkasidonnaisen maksujen sekä 1/3 yleisen hintatason muutoksesta). Kustannustason muutokset otetaan huomioon enintään täyteen tai vähintään puoleen määrään kustannustason arvioidusta muutoksesta. Vuosina 2001–2003 kustannustason tarkistus on ollut 50 prosenttia ja kuluvana vuonna 75 prosenttia täysimääräisestä tarkistuksesta.

STVOL:n 18 §:n 3 momentin nojalla valtion ja kuntien välinen kustannustenjakotarkistus tehdään joka neljäs vuosi (tarkistusvuosi). Jos toteutunut kustannustenjakotarkistus on tasolla laskettuna tarkistusvuotta edeltävänä vuonna poikkeava pykälän 1 momentin mukaisesta tilanteesta, on valtionosuuksien määrää tarkistettava siten, että kustannustenjakotarkistus palautuu 1 momentin mukaiselle tasolle tarkistusvuotta seuraavan vuoden alusta. Seuraavaa kustannustenjakotarkistusta koskevat laskelmat ovat valmistuneet vuoden 2003 lo-

pulla. Laskelmien mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuutta tulisi vuonna 2005 korottaa noin 290 miljoonalla eurolla. Valtioneuvosto hyväksyi maaliskuun 11 päivänä 2004, että kyseinen erä sisällytetään vuosia 2005—2008 koskeviin kehyksiin.

Myös aikaisempina vuosina myönnettyjen valtionavustusten tavoitteena oli saada kuntien ja kuntayhtymien hoitoon pääsyn pitkät odotusajat purettua vuoteen 2005 mennessä, jolloin valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti hoidon saatavuutta koskevat enimmäisajat tulisivat voimaan. Tällaisen valtionavustuksen valtioneuvosto myönsi vuonna 2002 tutkimus- ja hoitajajonojen purkamiseen. Valtionavustus oli 25 miljoonaa euroa. Valtionavustus oli käytettävä vuoden 2003 loppuun mennessä. Arviona erillisestä valtionavustuksesta voidaan todeta, ettei projektiluonteinen jonojen purkaminen ratkaise hoitoon pääsyä eikä edistä hoidon saatavuutta pitkällä aikavälillä.

Edellisen lisäksi terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseen on myönnetty useita määrärahoja. Palvelujärjestelmää kehitetään vaiheittain etenevänä ohjelmatyönä, johon osoitetaan vuodesta 2004 vuoteen 2007 vuosittain 30 miljoonan euron suuruinen hankerahoitus eli yhteensä 120 miljoonaa euroa. Hankkeissa esitetyt toiminnalliset ja rakenteelliset uudistukset tulisi olla toteutettu vuoden 2007 loppuun mennessä. Hankerahoitusta osoitetaan lähipalvelujen seudulliseen järjestämiseen, sairaanhoitopiirien välisen työnjaon kehittämiseen ja niiden toiminnallisesta ja hallinnollisesta yhdistymisestä seuraavien ratkaisujen tukemiseen. Hankerahoituksen lisäksi valtio tukee erillisrahoituksella vuosittain kansallisen sähköisen sairauskertomuksen kehittämistä ja käyttöönottoa 0,8 miljoonalla eurolla sekä Käypä Hoito -projektia 1,4 miljoonalla eurolla, Rohto- projektia 1,3 miljoonalla eurolla sekä hankkeen toimeenpanoon liittyviä henkilöstövoimavaroja 0,8 miljoonalla eurolla. Nämä kaikki rahoitusmuodot tukevat myös hoidon saatavuuden turvaamista, palvelujen ja hoitoprosessien tehostamista sekä kuntien ja kuntayhtymien järjestämisvelvollisuuden täsmentämistä. Hankerahoituksella tuetaan myös toimintakäytäntöjen muutosta.

Esityksellä ei ole muita valtion- tai kuntataloudellisia eikä muitakaan merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Alueellisen yhteistyön vahvistaminen antaisi mahdollisuuden entistä hallitumpaan ja pitkäjänteisempään suunnitteluun ja henkilöstön, tilojen ja muiden voimavarojen parempaan hyödyntämiseen ja siten antaisi myös mahdollisuuden suurempiin taloudellisiin hyötyihin kuin ylitöiden ja kilpailutusten käyttö.

Hoidon saatavuuden turvaaminen ja hoidon järjestäminen enimmäisajoissa tähtää terveydenhuollon voimavarojen tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan varsinainen hoito maksaa koko prosessista noin neljänneksen. Suurin osa kustannuksista aiheutuu hoidon odottamisesta muun muassa sairauslomakuluina, kotipalvelun käyttönä, lääkekustannuksina ja ylimääräisinä terveyskeskuskäynteinä. Ehdotuksen mukainen välitön yhteydenaanti terveyskeskukseen ja terveydenhuollon ammattihenkilön hoidon tarpeen arviointi sekä kohdullisessa ajassa järjestetty hoito vähentäisivät kokonaiskustannuksia. Hyötyjiä olisivat potilaat itse, työnantajat, kunnat ja Kansaneläkelaitos. Hoitoidiakaatioiden käyttöönoton yhteydessä on mahdollisuus Kelakorvausten arviointiin ja hallintaan samojen hoitoidiakaatioiden perusteella. Niitä voitaisiin käyttää tarpeellisuusharkinnan pohjana päätettäessä lääkärin toimenpiteiden korvaamisesta sairausvakuutuslain mukaan.

Sairaaloiden erikoismaksuluokan potilaat maksavat vuosittain saamastaan hoidosta lisämaksuja yhteensä noin viisi miljoonaa euroa. Näiden maksujen perusteella erikoismaksuluokassa hoidetut potilaat ovat saaneet noin 2,5 miljoonaa euroa sairausvakuutuskorvausta. Erikoismaksuluokassa hoidettujen potilaiden nettokustannukset ovat siten noin 2,5 miljoonaa euroa. Potilaiden suorittamia lisämaksuja vastaavasti lääkärit ovat saaneet palkkioina viisi miljoonaa euroa vuosittain. Lisäpalkkioita on saanut noin 900 – 1 000 lääkäriä vuosittain. Sairaaloita ylläpitävät kunnat ja kuntayhtymät ovat maksaneet lääkäreiden saamista lisäpalkkioista seuraavat sosiaaliturvamaksut.

Kumottaessa erikoismaksuluokkaa koskevat säännökset poistuisivat järjestelmään liittyvät potilaiden suorittamat lisämaksut, sai-

rausvakuutuksen korvaukset ja sairaaloiden suorittamat sosiaaliturvamaksut. Vastaavasti erikoismaksuluokan potilaita hoitaneiden lääkäreiden ansiot vähenisivät vastaavasti. Erikoismaksuluokan poisto on kuitenkin tarkoitus tehdä asteittain siten, että ne lääkärit, joilla on erikoismaksuluokkakoikeus uusien säännösten tullessa voimaan, säilyttävät tämän oikeutensa kolmen vuoden ajan lääninhallituksen myöntämän luvan mukaisesti. Sen vuoksi uudistuksella ei heikennetä lääkärin mahdollisuutta säilyttää nykyisiä ansioita tulevien kolmen vuoden aikana.

4.3. Vaikutukset viranomaisten tehtäviin ja menettelytapoihin

Hoidon perusteiden eli hoitoindikaatioiden määrittely

Kokemukset sekä kansainvälisesti että kansallisesti vahvistavat, että ilman hoidon perusteiden eli hoitoindikaatioiden yhtenäistämistä ja ilman muita toimintatapamuutoksia, hoidon saatavuuden parantaminen jäisi merkityksettömäksi. Erikoissairaanhoitolain 33 §:n mukaan potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää johtavan lääkärin antamien yleisten ohjeiden mukaan erikoisalain ylilääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu sairaanhoitopiirin kuntayhtymän lääkäri. Johtavan lääkärin ja erikoisalojen ylilääkäreiden virkatehtäviin kuuluu jo nykyisin määrittellä ennakolta suunnitellun hoidon hoito- ja toimenpidekohtaiset perusteet. Hoidon perusteet ilmaisisivat yleisesti hyväksytyjä hoitokäytäntöjä ja ne olisivat yhdenmukaisia koko maassa.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 2004 hoidon perusteiden laatimista ohjaavan valtakunnallisen johtoryhmän. Hoidon perusteiden määrittelyä tekevät sairaanhoitopiirien kuntayhtymät yhteistyössä terveyskeskusten ja eri erikoisalojen johtavien lääkäreiden kanssa. Johtoryhmän tehtävänä on myös seurata ja arvioida yhtenäisiin hoidon perusteisiin siirtymisestä aiheutuvia kustannusvaikutuksia. Valtakunnallisessa tautija toimenpideryhmää koskevien hoidon perusteiden, hoitoindikaatioiden määrittelyssä sovellettaisiin seuraavia periaatteita: diagnos-

tisten kriteerien täyttyminen, taudin potilaalle aiheuttama oireisuus ja haitta, taudin ennuste ja hoidon vaikuttavuus sekä hoitoon ja hoitamatta jättämiseen liittyvät riskit.

Vaikutukset sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkuntien keskinäiseen vastuuseen ja taloudellisiin vastuisiin

Esityksen mukaan sairaanhoitopiirillä olisi vastuu erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellaan. Terveystalouden alueellinen kehittäminen, henkilöstön, tilojen ja myös palvelujen hankkimisen pitkäjänteinen suunnittelu ja voimavarojen hyödyntäminen alueellisesti mahdollistaisivat suuremmat taloudelliset hyödyt kuin nykyinen toimintatapa. Sairanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien tulisi alueellisesti tehdä yhteistyötä. Yhteistyössä voitaisiin keskustella palvelujärjestelmän alueellisesta kehittämisestä, alueellisesta työnjaosta sekä sen toteuttamisesta. Yhteistyö edistäisi saumattomien palveluketjujen syntymistä ja eri palveluiden yhdistymistä asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi.

Näin voitaisiin myös selkiyttää yhteyttä terveydenhuollon toiminnan ja kuntalaissa tarkoitetun taloudellisen suunnittelun välillä. Kuntalain 65 §:n mukaan kunnanvaltuuston on vuoden loppuun mennessä hyväksyttävä kunnalle seuraavaksi vuodeksi talousarvio. Talousarvion lisäksi valtuuston on hyväksyttävä myös taloussuunnitelma kolmeksi tai useammaksi vuodeksi. Talousarvio ja –suunnitelma on laadittava siten, että edellytykset kunnan tehtävien hoitamiseen turvataan. Kuntalain 86 §:ssä säädetään kuntaa koskevien säännösten soveltamisesta kuntayhtymässä. Sairanhoitopiirin ja kuntien välisellä alueellisella yhteistyöllä ja työnjaolla parannettaisiin nykyistä käytäntöä ja se edistäisi kuntien taloudellista vakautta. Terveystalouden toiminnat voitaisiin järjestää saman aikajänteen sisällä kuin kunnan talouden suunnittelukin tapahtuisi. Erikoissairaanhoitolakiin ehdotettu uusi 43 a § toteuttaisi sen, että kunnat maksaisivat sairaanhoitopiirille vahvistetun laskutushinnaston mukaisesti riippumatta siitä, mistä sairaanhoitopiiri hankkisi palvelut.

Vaikutukset terveydenhuollon valvontaan

Hoitoon pääsyyn liittyvien uudistusten valvonta ja ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle, Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle ja lääninhallituksille samojen periaatteiden mukaisesti kuin muunkin terveydenhuollon valvonta ja ohjaus. Uudistusten myötä on odotettavissa, että lääninhallitukseen ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen tulee entistä enemmän hoitoon pääsyyn liittyviä ohjaus- ja valvontatehtäviä.

Esityksellä ei ole tarkoitus muuttaa nykyisen oikeuskäytännön mukaisia linjauksia käytettävistä oikeuskeinoista. Hallintoriita on jo nykyään erityisesti palvelutoiminnan alalla merkittävä oikeuskeino. Uudistusten myötä saattaa hallintoriidan käyttö aluksi jonkin verran lisääntyä. Esityksen tavoitteena on kuitenkin se, että kun hoitoon pääsy toteutetaan säädettyissä enimmäisajoissa, niin oikeuskeinoja ei tarvitsisi käyttää.

5. Asian valmistelu

5.1. Valmisteluvaiheet ja -aineisto

Valtioneuvosto hyväksyi lokakuussa 1999 sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO, STM: Julkaisuja 1999:16). Tavoite- ja toimintaohjelma on laakisääteinen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusjärjestelmään liittyvä suunnitteluasiakirja. Ensimmäisessä tavoite- ja toimintaohjelmassa valtioneuvosto määritteli vuosille 2000 – 2003 sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet, tarvittavat toimenpidesuosituksukset ja toteuttajat. Tavoite- ja toimintaohjelmalla pyrittiin yleisellä tasolla ohjaamaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaista toteuttamista ja sen sisältönä oli erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kehittäminen.

TATO:n toimenpidesuosituksen 31 mukaan kuntien tuli varmistaa sellaiset voimavarat ja toiminnan järjestelyt, että ajanvarauksella pääsi perusterveydenhuollossa ei-kiireelliseen hoitoon kolmen vuorokauden kuluessa. Erikoissairaanhoidossa tuli varmistaa ei-kiireellisen hoidon tarpeen arviointi kahden viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Ohjelmakauden aikana tavoite ei toteu-

tunut. Terveyspalvelujen saatavuus on useissa kunnissa jopa heikentynyt. Syyksi on esitetty muun muassa perusterveydenhuollon lääkäreiden ja eräiden muiden ammattihenkilöiden määrän riittämättömyyttä.

Valtioneuvosto asetti syyskuussa 2001 kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektin tehtävänä oli arvioida palvelujärjestelmän nykyiset ja sitä uhkaavat ongelmat ja laatia suunnitelma ja toimeenpano-ohjelma ongelmien poistamiseksi. Hankkeen tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaana maksukyvästä riippumatta.

Valtioneuvoston huhtikuussa 2002 hyväksymässä periaatepäätöksessä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi on keskeisenä tavoitteena turvata kaikille lääketieteellisesti tarkoituksenmukainen hoito kohtuujassa hoidon tarvitsijan varallisuudesta tai asuinpaikasta riippumatta. Periaatepäätöksen mukaisesti pääsy perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin, ensiarvioon turvattaisiin kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta, pääsy erikoissairaanhoidon polikliiniseen hoitoon arvioon järjestettäisiin kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta ja pääsy lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon turvattaisiin kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuen määritellyssä kohtuullisessa ajassa, tavallisesti enintään kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa. Mikäli hoitoa ei määrääjässä voida antaa asuinkunnan tai kuntayhtymän tuottamana, niiden on hankittava se muilta palveluntuottajilta asiakasmaksun muuttumatta. Valtioneuvoston periaatepäätös edellytti, että sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa valtakunnalliset kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamisohjeet vuoden 2003 loppuun mennessä.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti heinäkuussa 2002 työryhmän valmistelemaan hoitoon pääsyn ja jononhallinnan toteuttamisohjeita. Työryhmä luovutti muistionsa sosiaali- ja terveysministeriölle tammikuussa 2004 (STM työryhmämuistioita 2003:33). Työryhmä ehdotti, että hoitoon pääsyn aikarajat sekä niiden ylittymisestä syntyvä velvoite

hankkia hoito muualta asiakasmaksun muuttumatta sisällytetään kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin. Kiireettömän hoidon arviointiin terveyskeskukseen on päästävä kolmessa päivässä, polikliinisiin tutkimuksiin kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta sairaalaan ja lääketieteellisesti tarpeelliseen hoitoon viimeistään kuudessa kuukaudessa. Lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsemisen enimmäisaikaraja, kolme kuukautta, pysyi ennallaan. Työryhmä ehdotti lisäksi, että potilaslakiin sisällytettäisiin säännös hoitosuunnitelmasta, jolla vahvistettaisiin pitkäaikaissairaanhoidossa ja lääketieteellisessä kuntoutuksessa olevan potilaan hoitopalveluja ja asemaa.

Työryhmä ehdotti lisäksi, että hoitoon pääsyn perusteista sovitaan valtakunnallisesti. Sairaanhoitopiirien johtavat lääkärit sopivat valtakunnallisista suosituksista ja vastaavat niiden päivityksestä. Alueelliset ja paikalliset hoitoketjut uudistettaisiin näiden suositusten mukaisiksi. Hoitoon pääsyä tarkastellaan kokonaisuutena eikä käsitellä yksittäisiä potilasryhmiä tai toimenpiteitä. Hoitoon pääsyä koskevat suositukset ja määräykset tulee laatia siten, että ne soveltuvat myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden lääketieteellisesti perusteltuun seurantaan ja hoitoon. Työryhmä ehdotti myös kansallisen hoitoon pääsyn seurantarjestelmän kehittämistä. Julkisella rahoituksella toimivat terveydenhuollon toimintayksiköt veloitettaisiin ilmoittamaan järjestelmään määrämuotoiset tiedot hoitoon pääsystä, hoitojonoista ja jonotusajoista sekä toteutetuista hoidoista. Tiedot olisivat julkisia.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteutti alkuvuodesta 2004 koko maan kattavan terveyskeskuskierroksen. Kierroksen taustana oli kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin tällä hallituksen esityksellä sisällytettävät hoitoon pääsyn enimmäisaikarajat. Terveyskeskuskierroksella pidettäviin neuvotteluihin kutsuttiin terveyskeskusten johtoa, sairaanhoitopiirin edustajia, kuntien luottamusmiesjohtoa, sosiaali- ja terveysjohtajia sekä lääninhallitusten asiantuntijoita. Tavoitteena oli saada yleiskatsaus terveyskeskusten vahvuuksista ja heikkouksista sekä löytää yhdessä terveyskeskusten kanssa ratkaisuja mahdollisiin ongelmiin ja siten parantaa ter-

veyskeskusten valmiuksia uuden lainsäädännön täytäntöön panemisessa.

Asiakasmaksulain muutos erikoismaksuluokkajärjestelmästä luopumiseksi ja erityispoliklinikan maksuja koskevaksi maksusäännökseksi on valmisteltu virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriössä.

Esityksestä on käyty kuntalain 8 §:n mukaiset neuvottelut.

5.2. Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi ”Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta” – työryhmän muistiosta lausunnot 171 eri taholta ja lausuntoja annettiin 120. Lausuntopyyntö lähetettiin muun muassa eri ministeriöille, lääninhallituksille, sairaanhoitopiireille, kuntien keskusjärjestölle, eri kunnille ja terveyskeskuksille, yliopistoille, työmarkkinajärjestöille, erikoislääkäriyhdistyksille sekä potilasjärjestöille.

Lausunnoissa hyväksyttiin yleisesti enimmäisaikojen asettamisen tarpeellisuus. Eniten kritiikkiä lausunnoissa annettiin uudistuksen voimaantuloaikataululle. Valmistautumisaikaa pidettiin yleisesti liian lyhyenä suhteessa uudistuksen vaatimiin toimenpiteisiin. Yhteisten hoidon perusteiden asettaminen ja kustannusvastuun selvittäminen todettiin välttämättömäksi ennen uudistuksen toteuttamista. Lausunnoissa kiinnitettiin huomiota myös henkilöstökoulutukseen, teknisiin valmiuksiin ja muihin aikaa vieviin valmistautumistoimenpiteisiin. Monissa lausunnoissa toivotaankin, että vuosi 2005 olisi vasta uudistuksen siirtymä- tai kokeiluvuosi ja uudistus tulisi voimaan vasta vuonna 2006.

Lausunnonantajat kiinnittivät erityisesti huomiota myös taloudellisiin vaikutuksiin hoitoon pääsyn toteuttamisessa. Lausunnonantajien mukaan uudistuksen taloudelliset vaikutukset olisi selvitettävä ja rahoitusta mietittäessä tulisi tarkastella terveydenhuollon rahoitusta kokonaisuutena. Monet lausunnonantajat edellyttävät lisärahoitusta uudistuksen toteuttamiseksi.

Kysymys sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja kunnan välisen vastuun selkeyttämisestä jakoi lausunnonantajien mielipiteet. Erityisesti eräät kunnat pelkäävät kunnallisen itse-

hallinnon murentumista, mikäli sairaanhoitopiirien palvelujen järjestämisvastuuta vahvistetaan.

Lausunnot on otettu huomioon hallituksen esityksen valmistelussa. Hallitus toteaa

myös, että kansalliseen terveyshankkeeseen suunnatuissa rahoituskehyksissä on otettu huomioon myös hoitoon pääsyä koskevan uudistuksen aiheuttamat kustannukset ja aikataulu.

YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

1. Lakiehdotusten perustelut

1.1. Kansanterveyslaki

15 b §. Kansanterveyslain uudella 15 b §:llä täsmennettäisiin kuntien ja kuntayhtymien järjestämisvelvollisuutta ja turvattaisiin hoitoon pääsyä. Säännöksellä ei luoda potilaalle subjektiivista oikeutta päästä hoitoon. Potilaalla ei olisi rajatonta oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa, vaan hänen terveydentilastaan johtuvan hoidon tarpeen arvioisi terveydenhuollon ammattihenkilö. Arvioinnin olisi aina perustuttava lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti hyväksytyihin kriteereihin. Hoitoon pääsyn turvaamisessa olisi kyse lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perustellusta hoidosta, joka määrittäisi kansallisista hoitosuosituksista tai vakiintuneen hoitokäytännön perusteella.

Lakisääteisen terveydenhuollon järjestämisvastuu ja toimeenpano kuuluu kunnille ja kuntayhtymille. Lakiehdotus edistäisi terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen sekä suun terveydenhuollon palvelujen saatavuutta ja siten turvaisi ja nopeuttaisi potilaan hoitoon pääsyä.

Pykälän *1 momentin* mukaan terveyskeskuksen tulisi järjestää toimintansa siten, että potilaalla olisi arkipäivisin virka-aikana välitön yhteydenaanti terveyskeskukseen. Välitön yhteydenaanti olisi edellytyksenä hoitoon pääsyn turvaamisessa. Terveyskeskus voisi kuitenkin järjestää palvelut myös muulla tavoin kuin siten, että potilas fyysisesti kävisi terveyskeskuksessa. Kunnalla ja terveyskeskuksella olisi mahdollisuus järjestää yh-

teydensaanti muun muassa kehittämällä puhelinpäivystys- ja neuvontapalveluja osana julkista terveyspalvelujärjestelmää. Uusia menetelmiä voitaisiin ottaa käyttöön niistä saatujen hyvien kokemusten perusteella. Olennaista olisi terveydenhuollon ammattihenkilön hyvä osaaminen, jotta hän pystyy ohjaamaan potilaan hoitoon oikeaan paikkaan ja oikeaan aikaan. Parhaimmillaan toiminta voisi olla palvelua, jossa saman yhteydenoton aikana voitaisiin antaa neuvontaa, palveluohjausta sekä hoitaa ajanvaraukset. Puhelimessa tapahtuva yhteys mahdollistaisi hoidon tarpeen arvion välittömästi. Jos ammattihenkilöllä olisi tarvittaessa käytettävissä henkilön potilasasiakirjat, vahvistaisi tämä hoidon tarpeen arviointia. Kaikissa järjestämistavoissa tulisi ottaa huomioon potilaan tietosuojaan liittyvät asiat.

Tarkoituksena on varmentaa potilaiden mahdollisuutta saada yhteys terveyspalvelujärjestelmään ja siten edistää hoitoon pääsyä. Nykyisin yhteyden saaminen saattaa vaihdella paljonkin eri kuntien tai terveyskeskusten välillä, samoin toimintakäytännöissä on eroja eri terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä. Hoitoon pääsyn turvaaminen vaatii tarkennettujen säännösten lisäksi pitkäjänteistä ja terveyspalvelujen tuottajaorganisaatioiden järjestelmällistä kehittämistyötä ja toimintakäytäntöjen muutoksia.

Yhteydenotossa tulisi potilaan saada tiedoksi ne toimet, joiden katsotaan olevan hoidon tarpeen arvioinnin takia tarpeellisia. Yhteydenotto voisi tapahtua myös puhelimitse tai varmennettua sähköistä asiointiyhteyttä käyttäen. Terveyskeskuksen tulisi huolehtia potilaan henkilöllisyyden tarkistamisesta ja

varmentamisesta. Terveydenhuollon varmennetussa sähköisessä asiointissa potilas voidaan todentaa henkilökorttilain (829/1999) mukaisella henkilökortilla tai vastaavan tasoisella tunnisteella. Säännöksellä ei kuitenkaan olisi tarkoitus estää potilaita pääsemästä lääkärin vastaanotolle. Potilas voi saada hoidon tarpeestaan lääkärin arvion jo nykyisin voimassa olevan lainsäädännön kautta. Potilaslain 6 §:ssä on säännös siitä, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tähän sisältyy myös se, että potilas voi saada myös lääkärin arvion hoidon tarpeestaan.

Terveyskeskuksen tulisi järjestää terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Hoidon tarpeen arvioinnin voisi tehdä muikin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. Terveydenhuollon muun ammattihenkilön kuin lääkärin tai hammaslääkärin tekemässä hoidon tarpeen ensiarviossa harkittaisiin yhteydenoton syytä, oireiden luonnetta, vakavuutta ja kiireellisyyttä potilaan kertomien esitietojen perusteella. Lääkärin ja hammaslääkärin tekemässä hoidon tarpeen arvioinnissa pohjana olisivat diagnoosin asettaminen tai taudinmääritys ja tarvittavat arviot potilaan ennusteesta, toimintakyvystä ja mahdollisesti huomioon otettavista psykososiaalisista tekijöistä.

Hoidon tarpeen arviointi on eri asia kuin varsinainen taudinmääritys. Hoidon tarpeen arvioinnissa ei ole kyse lääketieteelliseen tai hammaslääketieteelliseen tutkimukseen perustuvasta taudinmäärityksestä. Ammattihenkilölain 22 §:n mukaan lääkäri tai hammaslääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Tässä yhteydessä ei ole tarkoitus muuttaa ammattihenkilölakia tältä osin. Kansanterveyslain 17 §:n mukaan terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää sairaanhoidon järjestämisestä potilaalle avosairaanhoitona tai terveyskeskuksen sairaansijalla annettavana hoitona. Lääkäri myös päättää potilaan siirrosta toiseen sairaanhoitolaitokseen. Myös tämä säännös säilyy ennallaan.

Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitettäisiin henkilön terveydellinen tila ja toimintakyky ja sen kehittyminen tarvittaessa terveystarkastuksen, erilaisten kyselyjen, testien ja tutkimusten avulla. Hoidon tarpeen arvion perusteella kunnan tulisi järjestää tarpeellinen hoito kohtuullisessa ajassa. Enimmäisajoista hoidon järjestämisessä säädetään tämän pykälän 3 momentissa ja erikoissairaanhoitolain 31 §:ssä. Hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin.

Terveydenhuollon ammattihenkilölaki ei estä tarkoituksenmukaista työnjakoa. Terveydenhuollon ammattihenkilö tekisi hoidon tarpeen arvioinnin ammattivastuullaan. Työnjako lääkäreiden ja sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien välillä tai muiden ammattihenkilöiden välillä edellyttää, että asianomaisella on tehtävien suorittamiseen riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan tekemä hoidon tarpeen arvio perustuu käytännössä johtavan tai vastaavan lääkärin antamaan ohjeistukseen, jolloin johtavalla tai vastaavalla lääkärillä on vastuu tästä toiminnasta. Sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja tekisi siis oman koulutuksensa, ammattinsa ja osaamisensa mukaista työtä lääkärin ohjeistusta käyttäen, jolloin terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettuun lakiin ei tarvittaisi muutoksia.

Käytännössä terveyskeskuksen johtava lääkäri on antanut tehtävään koulutetulle ja riittävästi kokemusta omaavalle terveydenhuollon ammattihenkilölle työmääräyksen tutkimuksen tekemiseen sekä hoidon ja potilaan tarvitseman seurannan toteuttamiseen. Potilasturvallisuus edellyttää tietysti myös, että tehtäviä siirrettäessä osaaminen varmistettaisiin asianmukaisesti. Esimiehen ja työnantajan vastuu näissäkin tapauksissa määräytyisi yleisesti noudatettavien periaatteiden mukaisesti. Terveyskeskuksen johdon asiana olisi varmistaa, että myös lääkehoidon toteuttaminen tapahtuisi asianmukaisesti ja että toimintaan osallistuvilla on siihen riittävä koulutus ja kokemus.

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee ammattitoiminnassaan noudattaa terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 15 §:n mukaan myös ammattieettisiä velvollisuuksia. Ammattihenkilön tulee soveltaa

yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä, perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden edellytetään potilaiden kohdalla toimivan potilaan etujen mukaisesti. Potilaslain mukaan ammattihenkilö tekee päätöksensä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hoitoaikaa valittaessa pyritään ottamaan huomioon myös potilaan oma toivomus hoidon aloittamisajasta sekä hänen henkilökohtaiset olosuhteensa kuten työkyvyn palautuminen sekä perheeseen ja sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät asiat.

Terveydenhuollon toimintayksikkö on viime kädessä vastuussa siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet ja että terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädännön muut edellytykset täyttyvät. Täydennyskoulutuksen merkitys terveydenhuollossa korostuu erityisesti, koska hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti lääketieteen, biotieteiden, terveystieteiden ja teknologian nopean kehityksen myötä.

Vuoden 2004 alusta tulivat voimaan kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin tehdyt täydennyskoulutusta koskevat lainmuutokset sekä sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta koskeva asetus (1194/2003, jäljempänä täydennyskoulutusasetus).

Kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin lisättyjen säännösten mukaan terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin 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.

Täydennyskoulutusasetus koskee koulutuksen sisältöä, laatua, määrää, järjestämistä, seuranta- ja arviointia. Sosiaali- ja terveys-

ministeriö on antanut täydennyskoulutuksen valtakunnalliset suositukset terveydenhuollon toimintayksiköiden käyttöön (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3). Niitä voidaan soveltaa myös yksityisessä terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa.

Kansanterveystyössä on erityisen tärkeää ohjata potilas oikeaan aikaan oikealle hoidon tasolle. Kunnan velvollisuuteen järjestää asukkaidensa terveyden- ja sairaanhoitoon kuuluu lääkärin tai hammaslääkärin suorittama tutkimus, hänen antamansa tai valvomansa hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Terveyskeskusten toiminta painottuu kroonisten sairauksien hoitoon ja ehkäisevään kansanterveystyöhön. Hoitoon pääsyä turvaavat säännökset soveltuvat myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden lääketieteellisesti perusteltuun seurantaan ja hoitoon sekä hoidon jatkuvuutta varmistaviin hoitosuhteisiin.

Terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät hoitotyön toimintatapojen uudistamista ja hoitotyössä toimivien tehtäväkuvien laajentamista. Esi- tetyt säännökset tukisi myös lääkärin ja muun terveydenhuollon ammattihenkilön välisen työnjaon kehittämistä. Tämä merkitsisi hoitotyössä toimivien roolin vahvistamista potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa, oikeaan hoitopaikkaan ohjaamisessa, lievien akuuttien sairauksien ja vammojen hoidossa sekä kroonisten sairauksien seurannassa ja hoidossa. Myös ehkäisevää ja kuntoutumista edistävää työtä sekä keskeisten kansantautien ehkäisyn, seurannan ja hoidon edellyttämiä valmiuksia olisi vahvistettava kaikissa hoitotyön palveluissa. Hoitotyössä toimivien tehtäväkuvia laajentamalla tarjottaisiin potilaille vaihtoehtoja, jotka parantaisivat usein hoitoon pääsyä ja edistäisivät myös potilaiden itsehoitovalmiuksia. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut uuden hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman tammikuussa 2004 (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18). Ohjelmaan on koottu myös esimerkkejä uusista toimintatavoista ja rakenteista antamaan toimintayksiköille ideoita oman toiminnan kehittämiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön teettämän selvityksen mukaan lääkärin ja hoitajan välisen työnjaon kehittäminen perusterveydenhuollossa koskee sairaanhoitajan/tervey-

denhoitajan vastaanotto toimintaa äkillisesti sairastuneille, joilla on lievä sairaus, lääkäri-sairaanhoitaja/terveydenhoitaja -työparin toimintaa sekä sairaanhoitajan/terveydenhoitajan vastaanottoja määräävästä seurantaan tarvitseville astma-, diabetes-, verenpaine- ja reumapotilaille. Suun terveydenhuollossa on meneillään useissa terveyskeskuksissa hammaslääkäriin, hammashuoltajan ja hammashoitajan välisen työnjaon kehittämishankkeita. Säännös tukisi työnjaon edelleen kehittämistä ja hyvien toimintakäytäntöjen levittämistä eri terveyskeskuksiin. On tärkeää, että kunkin ammattiryhmän koulutusta ja osaamista käytetään mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti, paikalliset olosuhteet huomioon ottaen. Suun terveydenhuoltoa on laajennettu asteittain vuosina 2001 – 2002 koskemaan koko väestöä. Muutokset edellyttävät monissa kunnissa toimintakäytäntöjen uudelleen tarkastelua (Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:12).

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa on viime vuosina kehitetty. Tehtäviä, joita aikaisemmin ovat tehneet lääkärit tai hammaslääkärit, mutta joihin muilla ammattihenkilöillä on jo käytännön kokemuksen sekä tätä tukevan lisäkoulutuksen ja perehdytyksen johdosta valmius, on jo siirretty muille ammattihenkilöille. Esimerkiksi sairaanhoitaja/terveydenhoitaja määrää laboratorionäytteitä ja antaa todistuksia lyhyitä sairauksia varten. Käytännössä kättilöt antavat jo nykyisin itsenäisesti läheteitä erikoissairaanhoitoon. Suun terveydenhuollossa on saatu hyviä kokemuksia siitä, kun hammashuoltaja ensi vaiheessa arvioi hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden ja ohjaa potilaan tarvittavaan jatkohoitoon hammaslääkärille. Apuvälineiden tarpeen voi todeta ja sen luovuttamisesta päättää muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri, esimerkiksi fysioterapeutti tai toimintaterapeutti, terveydenhuollon toimintayksikössä sovitun työnjaon mukaisesti (Apuvälineiden laatusuositus, Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 2003:7).

Terveyskeskusten toimintaa on kehitetty väestövastuu- tai omalääkärijärjestelmän mukaisesti 1980-luvun loppupuolelta lähtien. Omalääkäri - omahoitaja -työpari huolehtii yhteisestä vastuuväestöstä. Omahoitaja huo-

lehtii määräävästä seurantaan tarvitsevien potilaiden seurantavastaanotoista, joihin kuuluu myös tehostettu potilasohjaus. Edellä mainittuihin toimintatapoihin on liitetty myös sairaanhoitajan/terveydenhoitajan puhelimitse tekemä sairauden tai vamman hoidon tarpeen arvioiminen, oikeaan hoitopaikkaan ohjaaminen sekä muu potilasohjaus.

Sosiaali- ja terveysministeriön Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen alueellista toimeenpanoa koskevaan arviointitutkimukseen sisältyneen terveyskeskuskyselyn mukaan noin joka neljännessä terveyskeskuksessä oli uudistettu henkilöstön työnjakoa (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002: 8). Yleisimmin oli muutettu lääkärin ja sairaanhoitajan/terveydenhoitajan työnjakoa äkillisten infektioiden ja pitkäaikaissairauksien (diabetes, astma, reuma, verenpaine, dementia) hoidossa sekä aloittamalla hoitajan vastaanottoja.

Pykälän 2 momentissa täsmennetään kunnan järjestämisvelvollisuutta siten, että lakiin kirjataan enimmäisajat, joiden kuluessa hoito pitäisi järjestää. Hoito tulisi järjestää kohtuullisessa ajassa. Tarpeelliseksi todettu hoito tulisi järjestää enintään kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Hoitoon pääsyn turvaamisessa olisi kyse lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perustellusta hoidosta, joka määrittäisi kansallisista hoitosuosituksista tai muuten näyttöön perustuvasta hoidosta.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaisesti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisen perimmäinen tavoite on, että potilas pääsee hoitoon mahdollisimman nopeasti ja saa mahdollisimman hyvää hoitoa riippumatta hänen varallisuudestaan tai asuinpaikastaan. Pääsy hoitoon säännellyissä enimmäisajoissa koskisi kiireettömiä hoitoja. Kiireellisten hoitojen osalta lait pysyisivät ennallaan.

Enimmäisajat koskisivat myös suun terveydenhuoltoa ja lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja. Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoitoa olisi järjestettävä viimeistään kolmessa kuukaudessa, koska niistä on aikaisemmin säännelty mielenterveysasetuksen 6 a §:ssä eikä säännöksen sisällön siirtämisellä olisi tarkoitus heikentää hoidon aloittamisen ajankohtaa. Suun terveyden-

huollossa tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa kolmen kuukauden enimmäisaika voitaisiin ylittää enintään kolmella kuukaudella eli viimeistään kuudessa kuukaudessa tulisi potilaan päästä hoitoon siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutetulla erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan muun muassa aluesairaalan erikoissairaanhoidoa, joka on yhdistetty toiminnalliseksi kokonaisuudeksi perusterveydenhuollon kanssa sekä eräiden kaupunkien erikoislääkärijohtoista sairaala- ja poliklinikkatoimintaa. Kolmen kuukauden ylitys olisi mahdollista, jos lääketieteellisestä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta. Muu syy voisi olla esimerkiksi potilaan toivomusten mukaisesti, yhteisymmärryksessä hänen kanssaan hoitoon pääsyn ajankohdasta sopiminen yli enimmäisaikojen.

Hoitoon pääsyn enimmäisajoilla turvattaisiin sairauksien hoito. Erilaisten todistusten saaminen ei sen sijaan sisältyisi näihin enimmäisajoina annettaviin palveluihin. Terveysneuvontaa kuitenkin voisi sisältyä käytännössä kaikkeen potilastyöhön jossakin muodossa kansanterveyslain mukaisesti.

Tavoitteena olisi, että hoito järjestettäisiin enintään kolmessa kuukaudessa. Hoitoa järjestettäessä otettaisiin huomioon henkilön senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku. Hoitoaikaa valittaessa pyritään ottamaan huomioon myös potilaan oma toivomaan hoidon aloittamisajasta sekä hänen henkilökohtaiset olosuhteensa kuten työkyvyn palautuminen sekä perheeseen ja sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät asiat. Viimeistään kuitenkin hoito olisi järjestettävä kuudessa kuukaudessa.

Pykälän 3 momentin mukaan, jos hoitoa ei voida antaa näissä enimmäisajoissa, terveyskeskuksen olisi järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta potilaalle aiheutuvan asiakasmaksun muuttumatta. Kansanterveyslain 21 §:n mukaan kansanterveyslain mukaisista palveluista voidaan periä maksuja siten kuin asiakasmaksulaissa säädetään.

STVOL:n 4 §:n mukaan kunta voi järjestää palvelut hoitamalla toiminnan itse, sopimuk-

sin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Kunnan tulisi sopia etukäteen siitä, miten hoito järjestetään enimmäisaikojen ylittyessä.

Hoito olisi järjestettävä enimmäisaikoja ylittämättä. On kuitenkin mahdollista, että kunnasta riippumattomista tekijöistä johtuen, esimerkiksi lakko tai laaja epidemia, tähän ei aina täysin päästä, mutta normaalissa tilanteessa toiminta tulisi järjestää tämän periaatteen mukaisesti.

Ehdotetun 4 momentin mukaan terveydenhuollon toimintayksikön tulisi julkaista tiedot odotusajoista. Viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetun lain, jäljempänä julkisuuslaki, (621/1999) kokonaisuudistus tuli voimaan 1 päivänä joulukuuta 1999. Julkisuuslain 20 §:ään otettiin säännökset viranomaisen velvollisuudesta tuottaa ja jakaa tietoa. Viranomaisen on edistettävä toimintansa avoimuutta ja tässä tarkoituksessa tarvittaessa laadittava tilastoja ja tietoaaineistoja palveluistaan. Viranomaisen on tiedotettava toiminnastaan ja palveluistaan toimialaansa liittyvissä asioissa. Säännökset koskevat myös yksityistä palveluntuottajaa, kun se hoitaa julkista tehtävää. Ehdotettu 4 momentti on sopusoinnussa julkisuuslain säännösten kanssa.

49 §. Säännökseen tulisi valtuutus antaa valtioneuvoston asetuksella tarkemmat säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsyn periaatteista sekä odotusajojen julkaisemisesta. Asetuksessa voisi olla säännöksiä menettelystä ja seurantajärjestelmään annettavista tiedoista hoitoon pääsystä, hoitajajonoista ja jonotusajoista sekä toteutetuista hoidoista. Muutoin säännös pysyisi ennallaan.

1.2. Erikoissairaanhoidolaki

10 §. 1 momentti. Säännöksellä selkeytettäisiin sairaanhoitopiirin vastuuta erikoissairaanhoidossa. Kun sairaanhoitopiirillä olisi vastuu erikoissairaanhoidon järjestämisestä, merkitsisi tämä samalla sitä, että kaikille sairaanhoitopiirin jäsenkuntien asukkaille tulee järjestää palvelut samojen periaatteiden mukaisesti. Perusoikeuksien toteuttamisessa pi-

detään erityisesti tärkeänä alueellista tasa-arvoa. Erilaisuutta kuntien palveluvalikoimissa ja niiden järjestämistavoissa rajoittaa perustuslain yhdenvertaisuussäännös (6 §). Terveyspalveluja on annettava siten, ettei ihmisiä ilman lääketieteellisesti perusteltua syytä 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. Yhdenvertaisuusperiaate merkitsee sitä, että sen mukaisesti pitäisi toimia myös ajallisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että hoito tulisi järjestää samojen periaatteiden mukaisesti riippumatta siitä, syntyykö hoidon tarve alkuvuonna tai loppuvuonna. Säännösmuutoksen tavoitteena on myös estää ns. kuntakohtaisten jonojen muodostuminen ja siten lisätä potilaiden yhdenvertaisuutta palvelun saamisessa ja estää potilaiden siirtely erilaisissa jonoissa tai potilaiden väliinpuutoaminen kunnan tai kuntayhtymän järjestämisvelvollisuuden katveeseen. Järjestämisvelvollisuuden täsmentämisen myötä sairaanhoitopiiri järjestäisi sinne erikoissairaanhoidon lähetetyn potilaan hoidon.

Kuntien ja sairaanhoitopiiriin tulee suunnitella ja järjestää toimintansa tämän mukaisesti.

2—4 momentti. Momentit pysyisivät muutoin ennallaan, mutta sana kuntainliitto muutettaisiin nykyisin käytetyksi kuntayhtymä sanaksi ja sosiaalilautakunta muutettaisiin sosiaalitoimeksi. Samoin 3 momentissa muutettaisiin röntgenpalvelut käsitteeksi kuvantamispalvelut. Sairanhoitopiiriin tulisi alueellaan huolehtia myös tietojärjestelmien yhteensovittamisesta.

31 §. *1 momentti.* Kiireelliseen sairaanhoidon olisi päästävä välittömästi, tältä osin ehdotuksella ei muutettaisi nykyistä lainsäädäntöä. Muutoin henkilön siirtyminen erikoissairaanhoidon edellyttäisi ammattihenkilölain 22 §:n mukaisesti lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä.

2 momentti. Sairanhoitopiiri vastaa siitä, että hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestettäisiin yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Sairanhoito-

piirit myös vastaisivat hoitoidikaatioiden määrittelystä.

Säännöksellä selkiytettäisiin erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiirin vastuuta potilaan hoidosta. Eduskunnan oikeusasiamies antoi ratkaisussaan (Dnro 488/04/00) valtioneuvostolle velvoitteen muuttaa erikoissairaanhoidon säännöksiä kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asemasta ja tehtävistä ottaen huomioon suunnittelu- ja valtiopuolustusjärjestelmän uudistamisesta aiheutuneet muutokset kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän välisille suhteille. Kun potilas on lähetetty saamaan erikoissairaanhoidon, vastuu potilaasta siirtyisi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymälle.

3 momentti. Säännöksessä todettaisiin periaate hoitoon pääsystä kohtuullisessa ajassa ja hoitoon pääsyn enimmäisajat.

Säännöksellä täsmennettäisiin hoidon saatavuutta myös maan eri osissa potilaan maksuvyvystä riippumatta. Sairanhoitopiirissä erikoissairaanhoidon asiantuntija arvioisi potilaan hoidon tarpeen viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta sairaalaan. Kolmen viikon aikamääre olisi takarajana lähetteen tutkimiselle. Lähetete olisi kuitenkin tutkittava mahdollisimman nopeasti ja sen perusteella tarvittaessa ohjattava potilas lisätutkimuksiin. Läheteteissä tulisi myös ottaa huomioon hoitoidikaatiot.

Hoidon tarpeen arvioinnin tekisi aina julkisen terveydenhuollon palveluksessa oleva lääkäri, riippumatta siitä, mikä taho (yksityinen tai julkinen) on lähetteen erikoissairaanhoidon antanut. Lähetteen yksityispuolelta antanut lääkäri ei myöskään saisi olla kaksisroolissa tekemässä sairaalassa hoidon tarpeen arviointipäätöstä.

Erikoissairaanhoidossa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito olisi järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, viimeistään kuudessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Hoitoa järjestettäessä olisi otettava huomioon henkilön senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku. Potilaslain mukaan henkilöä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, joten hoitoaikaa valittaessa tulisi ottaa huomioon myös potilaan oma toivomus hoidon aloitta-

misajasta sekä hänen henkilökohtaiset olosuhteensa kuten työkyvyn palautuminen sekä perheeseen ja sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät asiat. Lasten- ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoitoa olisi järjestettävä viimeistään kolmessa kuukaudessa, koska niistä on aikaisemmin säännelty mielenterveysasetuksen 6 a §:ssä eikä säännöksen sisällön siirtämisellä olisi tarkoitus heikentää hoidon aloittamisen ajankohtaa. Tästä voitaisiin poiketa, jos lääketeiteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat sitä edellyttävät.

4 momentti. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän olisi myös hankittava hoito muilta palveluntuottajilta asiakasmaksun muuttumatta, jos hoitoa ei voida antaa säädetyissä enimmäisajoissa. STVOL:n 4 §:n säännöksen mukaan myös sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi järjestää tehtävänsä hoitamalla itse, sopimuksin muiden sairaanhoitopiirien tai kuntien kanssa tai hankkimalla palveluja valtiolta, kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta.

Kansallista terveyshanketta koskevassa vuoden 2002 periaatepäätöksessä hyväksyttiin, että palvelujärjestelmien toimivuuden turvaamiseksi toteutettaisiin erikoissairaanhoiton toiminnallinen yhteistyö ja työnjako erityisvastuualueittain. Erikoissairaanhoitoa koskevilla järjestelyillä varmistettaisiin koko maan väestölle vaativan erikoissairaanhoiton toimivuus ja tasavertainen palvelujen saavuus. Uudistustyön tavoitteena on luoda palvelujärjestelmä, joka tuottaa korkeatasoisia erikoissairaanhoiton palveluja kustannustehokkaasti. Tätä varten tarvitaan nykyistä pidemmälle menevää työnjakoa, päällekkäisten toimintojen vähentämistä, erityisosaamista vaativien palvelujen ja tutkimusten keskittämistä ja investointien tehokasta kohdentamista ja käyttöä.

Tarvittavat kehittämistoimet toteutetaan joko yhdistämällä sairaanhoitopiirejä tai lisäämällä sairaanhoitopiirien toiminnallista yhteistyötä ja työnjakoa. Sairaanhoitopiirit solmivat yhteistyösopimuksia tai muodostavat terveydenhuoltopiirejä. Sairaanhoitopiirien toiminnallisen yhteistyön kehittämiseen ja hallinnolliseen yhdistymiseen liittyviä käytännön toimenpiteitä tuetaan kansallisen terveyshankkeen erillisellä hankerahoituksella.

Tavoitteena on, että sairaanhoitopiirien yh-

teistyön ja työnjaon avulla luodaan uudenlainen yhteistoimintatapa sairaanhoitopiirien välille. Kyse ei ole palvelujen osto- ja myyntijärjestelmästä, vaan pysyvästä rakenteesta, jossa palvelut ja toiminta kehittyvät osaamiskeskustyyppisesti.

Erikoissairaanhoitolain 37 §:n mukaan erikoissairaanhoitolain mukaisista palveluista peritään maksuja siten kuin asiakasmaksulaisissa säädetään.

Hoito olisi järjestettävä enimmäisaikoja ylittämättä. On kuitenkin mahdollista, että kunnasta tai sairaanhoitopiiristä riippumattomista tekijöistä johtuen, esimerkiksi lakko tai laaja epidemia, tähän ei aina täysin päästä, mutta normaalissa tilanteessa toiminta tulee järjestää tämän periaatteen mukaisesti.

5 momentti. Kun erikoissairaanhoitossa arvioidaan potilaan hoidon tarvetta, voi johtopäätöksenä olla myös se, että potilaan oikea hoitopaikka olisikin perusterveydenhuollossa. Tarvittaessa potilas voidaan palauttaa perusterveydenhuoltoon hoito-ohjeineen eli erikoissairaanhoiton asiantuntija antaisi selkeän ohjauksen siitä, miten potilasta olisi jatkossa hoidettava. Työnjakoa kehittämällä erikoissairaanhoiton ja perusterveydenhuollon välillä eräänä ratkaisuna voisi olla esimerkiksi erikoislääkärin terveyskeskuksessa tapahtuva säännöllinen konsultointi, esimerkiksi kerran viikossa. Asioiden miettiminen yhdessä potilaan omalääkärin kanssa mahdollistaisi ja parantaisi oikean hoitotavan, hoitopaikan ja hoitoajankohdan sovittelemista. Myös kiinteä yhteistyö omalääkärin ja –hoitajan kanssa auttaisi erikoislääkärinä arvioimaan hoidon tarpeen täsmällisemmin kuin aikaisemmin. Sairaanhoitopiirillä olisi kuitenkin vastuu huolehtia siitä, ettei potilas jäisi terveyspalvelujen ulkopuolelle tai häntä siirreltäisi tarpeettomasti edestakaisin eri hoidon porrastusten välillä.

Ehdotetun *6 momentin* mukaan terveydenhuollon toimintayksikön tulisi julkaista tiedot odotusajoista. Julkisuuslain kokonaisuudistus tuli voimaan 1 päivänä joulukuuta 1999. Julkisuuslain 20 §:ään otettiin säännökset viranomaisen velvollisuudesta tuottaa ja jakaa tietoa. Viranomaisen on edistettävä toimintansa avoimuutta ja tässä tarkoituksessa tarvittaessa laadittava tilastoja ja tietoaineistoja palveluistaan. Viranomaisen on tiedotettava toi-

minnastaan ja palveluistaan toimialaansa liittyvissä asioissa. Säännökset koskevat myös yksityistä palveluntuottajaa, kun se hoitaa julkista tehtävää.

31 a §. Pykälässä säännellään tilanteista, joissa potilas pyytää ennakkolupaa saada hakeutua hoitoon EU- tai ETA-jäsenvaltioihin. Säännökseen sisältyvä ennakkolupajärjestelmä olisi perusteltua, koska lupamenettelyn myötä kotimaisten hoitomahdollisuuksien käyttöä olisi mahdollista pitää ensisijaisena. EY-tuomioistuimen oikeustapauskäytännössä on ennakkoluvan edellytykseksi hyväksytty esimerkiksi riittävän monipuolisten ja kaikkien saatavilla olevien sairaanhoitopalvelujen turvaaminen. Ennakkolupamenettelyn avulla voitaisiin terveydenhuollon voimavaroja käyttää tarkoituksenmukaisesti ja siis ensisijaisesti Suomessa. Säännös olisi tarpeen myös siksi, että määrittelemällä edellytykset edistettäisiin terveyspalvelujärjestelmän avoimuutta ja edellytysten objektiivisuutta.

I momentti. Jos lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua hoitoa ei voitaisi järjestää ja aloittaa Suomessa 31 §:ssä säädettyissä enimmäisajoissa eli viimeistään kuudessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu, sairaanhoitopiirin kuntayhtymän olisi annettava potilaan pyynnöstä ennakkolupa hakeutua sairaanhoitopiiriin kustannuksella hoitoon ETA- jäsenvaltioihin tai Sveitsiin.

Säännöksellä ei ole tarkoitus muuttaa sairaanhoitopiirien ostopalvelukäytäntöä eli sairaanhoitopiirit voisivat edellä 31 §:n 4 momentissa mainitulla tavalla hankkia palveluja myös ostopalveluina ulkomailta muistakin maista kuin EU- tai ETA- jäsenmaista.

EU:ssa liikkuvien henkilöiden oikeutta sosiaaliturvaan sääntelee asetus, joka sovittaa yhteen kansallisia sosiaaliturvajärjestelmiä (Neuvoston asetus (ETY) N:o 1408/71 sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä sekä sen täytäntöönpanoasetus 574/72). Asetuksen määräysten piiriin kuuluvat periaatteessa kaikki Suomen lainsäädännön mukaiset terveyspalvelut, kuten avosairaanhoito, hammashuolto ja sairaalapaalvelut. Asetusta sovelletaan EU-maiden

lisäksi ETA-maissa sekä erillisen sopimuksen mukaan myös Sveitsissä.

Sosiaaliturva-asetuksen 22 artiklan mukaan potilas voi hakeutua hoitoon toiseen jäsenvaltioon, jos hänellä on asuinvaltionsa toimivaltaisen laitoksen myöntämä lupa (lomake E 112). Asetuksen mukaan lupaa ei voida evätä, jos hoito on asuinmaassa tunnustettu hoitomuoto eikä potilaalle ole voitu antaa hoitoa asuinmaassaan siinä ajassa kuin on tavallisesti välttämätöntä ottaen huomioon hänen sen hetkinen terveydentilansa ja todennäköinen taudinkulku. Arviointi tarvittavasta hoidosta ja hoidon välttämättömyydestä tapahtuu lääketieteellisin perustein. Arvion tekee lääkäri.

Suomessa luvan antaisi sairaanhoitopiiri niin kuin nykyisinkin. Asuinmaassa tunnetulla hoidolla tarkoitettaisiin lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltua hoitoa. Jos hoitoa ei voitaisi järjestää viimeistään kuudessa kuukaudessa, tulisi ennakkolupa potilaan pyynnöstä myöntää. Ennakkolupaa myönnettäessä tulisi ottaa huomioon potilaan senhetkinen terveydentila ja todennäköinen taudinkulku.

EY-tuomioistuin on viime vuosina antanut useita ratkaisuja tapauksissa, joissa sairaanhoitopalveluita on hankittu toisesta jäsenvaltiosta. Tapauksissa on ollut osin kysymys perustamissopimuksen artiklojen tulkinnasta ja toisaalta EY:n sosiaaliturva-asetuksen 1408/71 artikloista. Ratkaisuissa Decker C-120/95 ja Kohll C-158/98 yhteisöjen tuomioistuin vahvisti ensimmäistä kertaa selkeästi sen, että tavaroiden ja palvelujen vapaan liikkuvuuden periaate ulottuu myös sosiaaliturvajärjestelmistä korvattaviin terveyspalveluihin. EY-tuomioistuin on antanut myös muita terveydenhuoltoa koskevia tuomioita tapauksissa, joissa sairaanhoitopalveluja on hankittu toisesta jäsenvaltiosta muun muassa Gerats-Smits Peerboms C-157/99, Vanbraekel C-368/98, Müller-Fauré ja van Riet C-385/99.

Tuomioistuin on ratkaisuisaan käsitellyt sairaalahoidon ja palvelujen suhdetta ja todennut vakiintuneeseen oikeuskäytäntöön viitaten, että sairaanhoitopalvelut kuuluvat palvelujen tarjoamisen vapauden soveltamisalaan, 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 yhteisön oikeuden vastaista. Tuomioistuin on kuitenkin asettanut tiettyjä edellytyksiä luvan vaatimiselle.

Luvan vaatimisen edellytyksenä on oltava perusteltuja pakottavia syitä. Kohll C-158/96 -tapauksessa tällaisiksi syiksi on kirjattu sosiaaliturvajärjestelmän taloudellisen tasapainon vakava järkkyminen, riittävän monipuolisten ja kaikkien saatavilla olevien sairaanhoito- ja sairaalapalvelujen turvaaminen, tietyn hoitokapasiteetin tai lääketieteellisen pätevyyden ylläpitäminen kansanterveydellistä syistä tai paikallisen väestön eloonjäämisen kannalta. Niiden on täytettävä suhteellisuuden vaatimukset eli sääntelyllä ei saa ylittää sitä, mikä on objektiivisesti tarpeen tätä varten ja että tavoitetta ei olisi voitu saavuttaa vähemmän rajoittavilla säännöillä.

Lisäksi tuomioistuin edellyttää, että jos luvan myöntämisen edellytyksenä on, että hoitoa voidaan pitää ammattikunnassa vallitsevien käsitysten mukaan tavanomaisena, lupa voidaan evätä tällä perusteella ainoastaan, jos kysymyksessä olevaa hoitoa on tutkittu riittävästi ja todettu päteväksi kansainvälisessä lääketieteessä. Käytännössä siis yhden valtion ammattikunnan käsitys jonkin hoidon tavanomaisuudesta ei ole ratkaiseva, vaan ratkaisun tulee perustua kansainväliseen lääketieteeseen.

Edelleen tuomioistuin on todennut, että lupa saadaan evätä sillä perusteella, ettei hoidolle ole lääketieteellistä tarvetta ainoastaan, jos potilas voi saada ajoissa samanlaista tai tehokkuudeltaan samanasteista hoitoa sellaisessa laitoksessa, joka on tehnyt sopimuksen sen sairausvakuutuskassan kanssa, johon vaakuutettu kuuluu.

2 momentti. EY-tuomioistuin edellyttää myös, että ennakkolupaa koskevaan päätökseen tulee olla mahdollisuus hakea muutosta. Muutosta haetaan hallinto-oikeudesta hallintolainkäyttölain (586/1996) säännösten mukaisesti.

43 a §. Kunnat maksaisivat sairaanhoitopiirille vahvistetun laskutushinnaston mukaisesti riippumatta siitä, mistä sairaanhoitopiiri hankkisi palvelut. Sairanhoitopiirin valtuus-

to tai hallitus määrittelee laskutushinnaston. Valtuustossa tai hallituksessa on kaikkien sairaanhoitopiirin jäsenkuntien edustus, joten kunnat voivat vaikuttaa siihen, miten laskutushinnasto määritellään. Sairanhoitopiirissä laaditaan jo nyt vuosittain taloussuunnitelma, johon sisältyy talousarvio. Sen pohjalta laaditaan vielä tulosalueiden käyttösuunnitelmat ja erikoisalakohtaiset palvelusuunnitelmat. Säännöksellä selkiytettäisiin myös yhteyttä terveydenhuollon toiminnan ja kuntalaissa (365/1995) tarkoitettun taloudellisen suunnittelun välillä.

Kuntalain 65 §:n mukaan kunnan valtuuston on vuoden loppuun mennessä hyväksyttävä kunnalle seuraavaksi vuodeksi talousarvio. Talousarvion lisäksi valtuuston on hyväksyttävä myös taloussuunnitelma kolmeksi tai useammaksi vuodeksi. Talousarvio ja –suunnitelma on laadittava siten, että edellytykset kunnan tehtävien hoitamiseen turvataan. Kuntalain 86 §:ssä säädetään kuntaa koskevien säännösten soveltamisesta kuntayhtymässä. Terveydenhuollon toiminnat järjestettäisiin saman aikajänteen sisällä kuin kunnan talouden suunnittelukin tapahtuisi.

59 §. Tarkemmat säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsystä sekä odotusaikojen julkaisemisesta voitaisiin antaa valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin antaa myös tarkempia säännöksiä alueellisesta yhteistyöstä. Sairanhoitopiirin ja kuntien välisellä alueellisella yhteistyöllä ja työnjaolla voitaisiin parantaa nykyistä käytäntöä ja se edistäisi kuntien taloudellista vaukautta. Asetuksella voitaisiin säännellä yhteistyön ja työnjaon sisällöstä ja menettelyta-voista.

1.3. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

4 §. *Pääsy hoitoon.* Hoitoon pääsyn turvaamiseksi ja palvelujen nykyistä yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi ehdotetaan hoitoon pääsyä koskevan säännöksen muuttamista. Kansanterveyslain 15 b §:n ja erikoissairaanhoitolain 10 ja 31 §:ien muutosten myötä täsmennetään kuntien ja kuntayhtymien järjestämisvelvollisuutta. Potilaslain muutos tarkoittaa sitä, että järjestämis-

velvollisuuden täsmentämisen myötä potilaan pitäisi saada tietää milloin hän pääsee hoitoon, eikä häntä enää voitaisi laittaa odotamaan hoitoon pääsyä epämääräiseksi ajaksi. Kun hoitoon pääsyn ajankohta voitaisiin ilmoittaa, siten saataisiin myös selville täytykö hoitoa potilaalle mahdollisesti hankkia muilta palveluntuottajilta.

Potilaslain 3 § edellyttää, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää saada hänen terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Säännöksessä on kysymys toisaalta oikeudesta terveydentilan vaatimaan ja toisaalta sen rajaamaan hoitoon, jonka toteutuminen riippuu terveydenhuollon kulloisistakin voimavaroista. Myös ei-kiireellistä hoitoa koskee lakisääteinen järjestämisvelvollisuus eikä kunta voi jättää varamatta tarpeen edellyttämiä voimavaroja myös tämän tehtävän hoitamiseen. Potilaslain 3 §:ssä oleva maininta voimavaroista ei rajaa terveyspalvelujen järjestämisvelvollisuutta kulloinkin käytettävissä oleviin voimavaroihin. Potilaslailla ei puututtu terveyspalvelujen kunnan lakisääteiseen järjestämisvelvollisuuteen. Tämä velvollisuus asetetaan kunnille kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. Niiden mukaan hoitoa on järjestettävä siten, että kaikille järjestettävän kiireellisen hoidon lisäksi kunnan asukkaalle tulee järjestää tarpeellinen ei-kiireellinen hoito. Tämä näkemys on vahvistettu myös korkeimman hallinto-oikeuden viime aikaisessa ratkaisukäytännössä ja oikeuskirjallisuudessa. Kunnalla on velvollisuus järjestää asukkaansa terveydentilan edellyttämä, yksilölliseen tarvearviointiin perustuva sekä kiireellinen että ei-kiireellinen hoito. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 3 § velvoittaa kunnat osoittamaan voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Potilaan terveydentilasta johtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti hyväksytyihin kriteereihin. Potilas voisi saada hoidon tarpeestaan lääkärin arvion jo nykyisin voimassa olevan lainsäädännön kautta. Potilaslain 6 §:ssä on säännös siitä, että potilasta on

hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä tarkoittaa myös sitä, että potilas voi saada myös lääkärin arvion hoidon tarpeestaan.

4 a §. *Tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma.* Terveydenhuollossa ollaan siirtymässä organisaatiokeskeisestä toimintatavasta kokonaisvaltaisiin potilaan hoito- ja palveluketjuihin, jolloin hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia varten tulisi laatia tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulisi ilmetä potilaan hoidon eteneminen ja toteutamisajankaus.

Säännöksellä on haluttu korostaa sitä, että suunnitelmassa voitaisiin yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa sopia siitä, mihin toiminnan aikana pyritään ja kuinka tavoitteen saavuttamiseksi edetään. Suunnitelma sisältäisi arvioinnin potilaan hoidon tarpeesta, suunnitellun hoidon ja sen toteuttamisen aikataulun ja tavoitteet. Suunnitelma perustuisi potilaan esitiedoihin ja tutkimusten perusteella tehtyyn taudinmäärittelyyn, potilaan oireisiin ja käytettävissä oleviin voimavaroihin. Suunnitelmaa tarkistettaisiin hoidon kuluessa ja se riippuisi potilaan hoitovasteesta. Suunnitelmaa voitaisiin toiminnan edistyessä muuttaa joustavasti potilaan tarpeiden tai olosuhteiden muutoin muuttuessa. Myös potilaslain 12 §:ssä todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilaslasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot.

Suunnitelma olisi erityisen tarpeellinen tilanteissa, joissa potilas tarvitsee erilaisia palveluja sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa. Kuntien järjestämistä vastuulla on paljon peruspalveluja, joiden järjestäminen perustuu pääasiassa sosiaalialan lainsäädäntöön, mutta palvelujen sisältö on sellainen, että osalla palvelukokonaisuuden toteuttajista tai vastuuhenkilöistä on oltava terveydenhuollon ammatinharjoittamisosoikeus. Tällainen yhteistyösuunnitelma edellyttäisi usein myös useamman asiantuntijan mukanaoloa, jolloin asiantuntijaryhmään voisi kuulua muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimintayksiköiden henkilöstöä. Suunnitelman tekeminen yhdessä eri asiantuntijoista

koostuvassa ryhmässä säästäisi pitkällä aikavälillä sekä aikaa että kustannuksia. Näin voitaisiin myös turvata, ettei sosiaalipalvelujen piirissä oleva henkilö jäisi terveydenhuollon palvelukatveeseen tai päinvastoin.

Yhteistyön ja vuorovaikutuksen avulla potilaalle ja henkilöstölle muodostuisi eheämpi kuva potilaan kokonaistilanteesta ja siitä, mitkä vaihtoehdot parhaiten tulisivat kysymykseen ja soveltuisivat potilaalle/asiakkaalle. Moniammatillinen yhteistyö edistäisi myös voimavarojen oikeaa kohdentamista. Tavoitteena olisi, että potilas/asiakas saisi monipuolisen, suunnitelmallisen palvelukokonaisuuden useiden rinnakkaisten erillisten palvelujen sijasta. Luonteeltaan potilaalle laadittava tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma ei ole sellainen asiakirja, johon perustuen potilaalle syntyisi oikeus vaatia suunnitelmaan sisältyviä palveluja. Kyse olisi selkeästi hoidon toiminnallisesta suunnittelemisesta ja etenemisestä. Se ei myöskään olisi hallintopäätös, jonka perusteella voisi erikseen hakea muutosta. Kuitenkin on huomattava, että perustuslain mukaan henkilölle on järjestettävä riittävät terveystalvet yksilöllisesti tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin mukaisesti. Hoidon tarpeen arvioinnin on perustuttava lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Potilaiden asettaminen etusijajärjestykseen perustuisi potilaalle yksilöllisesti tehtyyn hoidon tarpeen arviointiin.

Suunnitelma tulisi laatia potilaslain 6 §:n säännöksen mukaisesti yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaslain itsemääräämisoikeutta koskevia säännöksiä ollaan parhaillaan uudistamassa erillisellä hallituksen esityksellä. Jos kuitenkin potilas ei itse voisi osallistua suunnitelman laatimiseen, tulisi hänen omaisensa tai läheisensä taikka laillinen edustajansa hänen tilalleen. Suunnitelma tulisi laatia myös yksityistä terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa. Yksityisessä terveydenhuollossa suunnitelma olisi osa potilaan ja palveluntuottajan tekemää sopimusta.

Säännöksen mukaan suunnitelma laadittaisiin tarvittaessa. Suunnitelmaa ei tarvitsisi laatia esimerkiksi, jos on kyseessä tilapäinen neuvonta tai ohjaus tai jos suunnitelman laatiminen muutoin olisi ilmeisen tarpeetonta.

Suunnitelman sisällöstä ja asianosaisista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä.

1.4. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista

9 §. *Erityispoliklinikkatoiminnan maksu.* Asiakasmaksulain 9 §:ssä säädetään nyt erikoissairaanhoidon erikoismaksuluokasta. Ehdotuksen mukaan erikoismaksuluokajärjestelmästä luovuttaisiin ja sen sijasta säädetäisiin mahdollisuudesta periä tavanomaisesti poikkeavia maksuja sairaanhoitopiirien ylläpitämästä erityispoliklinikkatoiminnasta.

Erityispoliklinikan maksuihin ei sovellettaisi asiakasmaksulain 2 §:n 2 momentin säännöstä siitä, että maksujen enimmäismäärästä voidaan säätää asetuksella, 6 §:n säännöstä jonka mukaan asetuksella voidaan säätää palvelu eräissä tapauksissa maksuttomaksi, 6 a §:n säännöstä maksukatosta eikä 11 §:n säännöstä maksun perimättä jättämisestä tai alentamisesta. Näin sairaanhoitopiiri voisi itse päättää perittävän maksun suuruuden. Rajoituksena olisi käytännössä ainoastaan asiakasmaksulainsäädännön keskeisiin perusteisiin kuuluva 2 §:n 1 momentin säännös, jonka mukaan maksu ei saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia.

Koska erityispoliklinikan maksuun ei sovellettaisi maksukatosta koskevaa 6 a §:ää, eikä erityispoliklinikan maksuja otettaisi huomioon maksukatosta laskettaessa. Erityispoliklinikan maksussa ei myöskään voitaisi ottaa huomioon sitä, jos potilaan suorittamat maksut ovat ylittäneet maksukatolle säädetyn rajan. Potilas ei näin ollen olisi maksukaton rajan ylittymisen jälkeen oikeutettu käyttämään erityispoliklinikan palveluja maksutta.

Myöskään maksun alentamista tai poistamista koskevaa 11 §:n säännöstä ei sovellettaisi, koska erityispoliklinikan käyttö perustuu potilaan omaan valintaan jolloin hänen on myös otettava huomioon taloudelliset edellytyksensä maksun suorittamiseen. Jos potilas katsoo, että hänellä ei ole taloudellisia mahdollisuuksia selviytyä erityispoliklinikan maksusta, voi hän hakeutua sairaalahoitoon tavanomaisen lähetekäytännön mukaisesti, jolloin maksut määräytyvät sen

mukaisesti mitä asiakasmaksusäännöksissä muutoin säädetään.

Erityispoliklinikan käytön perustuminen potilaan omaan aloitteeseen ja vapaaehtoisuuteen todetaan pykälän 2 momentissa. Potilaalla tulee aina halutessaan olla mahdollisuus saada erikoissairaanhoitolain mukaan sairaanhoitopiirin järjestämistä kuuluville erikoissairaanhoitopalvelut siten, että maksuun sovelletaan myös edellä mainittuja asiakasmaksulain 2 §:n 2 momenttia sekä 6, 6 a ja 11 §:ää.

Pykälän 3 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä erityispoliklinikkatoiminnan järjestämisestä ja sisällöstä.

2. Tarkemmat säännökset ja määräykset

Ehdotetun kansanterveyslain 49 §:n ja erikoissairaanhoitolain 59 §:n nojalla annettaiisiin tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella tutkimukseen ja hoitoon pääsyn periaatteista sekä odotusaikojen julkaisemisesta. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin antaa tarkempia säännöksiä myös terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Asetuksessa voisi olla säännöksiä menettelystä ja seurantajärjestelmään annettavista tiedoista hoitoon pääsystä, hoitojonoista ja jonotusajoista sekä toteutetuista hoidoista.

Asiakasmaksulain 9 §:n 3 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä erityispoliklinikkatoiminnasta.

3. Voimaantulo

Ehdotetaan, että lait tulisivat voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005. Lakien täytäntöönpanon edellyttämiin toimiin voitaisiin kuitenkin ryhtyä jo ennen kuin ne tulevat voimaan.

Asiakasmaksulain 9 §:n muutokseen liittyen ehdotetaan lisäksi, että ne lääkärit, joilla on lain voimaan tullessa oikeus ottaa vastaan erikoismaksuluokan potilaita, voisivat säilyttää lääninhallituksen myöntämän luvan mukaisen oikeutensa 29 päivään helmikuuta 2008 saakka. Lain voimaantulon jälkeen ei enää myönnettäisi uusia erikoismaksuluokaoikeuksia, eikä olemassa olevia oikeuksia voisi muuttaa. Erikoismaksuluokassa hoidettavilta potilailta perittävät maksut määräytyisivät samoin lain voimaan tullessa voimassa olevien säännösten mukaisesti.

4. Säättämjärjestys

Kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin sisältyy jo nykyisellään kunnalle ja kuntayhtymille säädetyjä velvoitteita järjestää terveystalouksia asukkailleen. Hallituksen käsityksen mukaan ehdotetut lait eivät loukkaa perustuslaissa säädetyjä perusoikeuksia eikä kunnallista itsehallintoa siten, että ne rajoittaisivat kuntalaisille kuuluvaa oikeutta päättää kuntansa hallinnosta ja taloudesta. Hallitus pitää kuitenkin suotavana, että asian periaatteellisen merkityksen vuoksi pyydetään perustuslakivaliokunnan lausunto.

Edellä esitetyn perusteella annetaan Eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

Laki**kansanterveyslain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan 28 päivänä tammikuuta 1972 annetun kansanterveyslain (66/1972) 49 §, sellaisena kuin se on laeissa 1219/2000 ja 1216/2001, sekä
lisätään lakiin uusi 15 b § seuraavasti:

15 b §

Terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystieteelliseen. Terveystieteellisen ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteelliseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Kiireelliseen hoitoon on kuitenkin päästävä välittömästi.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää 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 tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisestä, hoidollisista tai muista vastaavista perusteluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Jos terveystieteellinen ei voi itse antaa hoitoa 1 ja 2 momentin mukaisissa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta sosiaali- ja tervey-

denhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaisesti.

Terveystieteellisen toimintayksikön tulee julkaista tiedot 1 ja 2 momentin mukaisista odotusajoista.

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 pääsyn periaatteista sekä odotusaikojen julkaisemisesta. Valtioneuvoston asetuksella säädetään terveystieteellisen tutkimuksen tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita kansanterveystyön sisällöstä ja järjestämisestä.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005.

Ennen tämän lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

2.

Laki**erikoissairaanhoidolain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan 1 päivänä joulukuuta 1989 annetun erikoissairaanhoidolain (1062/1989) 10, 31 ja 59 § sellaisina kuin niistä ovat 10 § laeissa 1115/1998 ja 993/2003 ja 59 § laeissa 1220/2000 ja 1217/2001, sekä

lisätään lakiin uusi 31 a ja 43 a § seuraavasti:

10 §

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan tässä laissa säädetyn erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein.

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoidopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidoa siten, että kansanterveysystyö ja erikoissairaanhoido muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalitoimen kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta.

Lisäksi sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia tehtäväalaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulustoiminnasta 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.

31 §

Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairaudentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Muutoin henkilön ottaminen sairaalaan sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä, jollei valtioneuvoston asetuksella toisin säädetä.

Sairaanhoidopiirin 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 sairaanhoidopiirin 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 mielen-terveyspalveluissa 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 sairaanhoidopiirin 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 säädetyissä enimmäisajoissa, sen on potilaan pyynnöstä annettava ennakkolupa hakeutua sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kustannuksella hoitoon Euroopan talousalueen jäsenvaltioon tai 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.

43 a §

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän 31 §:n 4 momentin tai 31 a §:n 1 momentin perusteel-

la muulta palvelun tuottajalta hankkiman hoidon kustannuksista on potilaan kotikunta velvollinen suorittamaan korvausta sairaanhoitopiirille vahvistetun laskutushinnaston mukaisesti, mikäli kaikki sairaanhoitopiiriin jäsenkunnat eivät ole sopineet toisin.

59 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mielenterveytyksen sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsyn periaatteista, odotusaikojen julkaisemisesta sekä terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Valtioneuvoston asetuksella säädetään sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän toimintayksikössä oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita erikoissairaanhoidon sisällöstä ja järjestämisestä.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005.

Ennen tämän lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

3.

Laki**potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan potilaan asemasta ja oikeuksista 17 päivänä elokuuta 1992 annetun lain (785/1992) 4 §:n 1 momentti sekä
lisätään lakiin uusi 4 a § seuraavasti:

4 §

Pääsy hoitoon

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä säädetään erikseen kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa.

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. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005.

Ennen tämän lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

4 a §

Tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma

Terveysten- ja sairaanhoitoa toteutettaessa

4.

Laki**sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3 päivänä elokuuta 1992 annetun lain (734/1992) 9 § seuraavasti:

9 §

Erityispoliklinikkatoiminnan maksu

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloissa voidaan järjestää arkisin kello 16.00 jälkeen sekä lauantaisin ja sunnuntaisin erityispoliklinikkatoimintaa, jonka yhteydessä tehdyistä tutkimuksista ja annetusta hoidosta perittäviin maksuihin ei sovelleta 2 §:n 2 momentin eikä 6, 6a ja 11 §:n säännöksiä.

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 halutessaan olla mahdollisuus päästä erikoissairaanhoitolain perusteella sairaanhoitopiirin järjestämisvastuulla olevaan hoitoon siten, että maksu määräytyy tämän pykälän sijasta mui-

den tämän lain ja sen nojalla annettujen säännösten mukaisesti.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä erityispoliklinikkatoiminnan järjestämisestä ja sisällöstä.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005.

Lääkärit, joilla on tämän lain voimaan tullessa oikeus hoitaa potilaita erikoismaksuluokassa, säilyttävät lääninhallituksen antaman luvan mukaisen oikeutensa 29 päivään helmikuuta 2008 saakka. Erikoismaksuluokassa hoidettavilta potilailta perittäviin maksuihin sovelletaan tämän lain voimaan tullessa voimassa olevia säännöksiä.

Ennen tämän lain voimaantuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

Helsingissä päivänä kuuta 2004

Tasavallan Presidentti

TARJA HALONEN

Peruspalveluministeri *Liisa Hyssälä*

Liite
Rinnakkaistekstit

1.

Laki

kansanterveyslain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan 28 päivänä tammikuuta 1972 annetun kansanterveyslain (66/1972) 49 §, sellaisena kuin se on laeissa 1219/2000 ja 1216/2001, sekä
lisätään lakiin uusi 15 b § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

15 b §

Terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystieteelliseen. Terveystieteellisen ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteelliseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Kiireelliseen hoitoon on kuitenkin päästävä välittömästi.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää 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 tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisestä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Jos terveystieteellinen ei voi itse antaa hoitoa 1 ja 2 momentin mukaisissa enimmäisajoissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtion-

49 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kansanterveystyöhön kuuluvan mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa säännöksiä myös siitä, mitkä ovat tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajat mielenterveyspalveluissa. Valtioneuvoston asetuksella säädetään terveyskeskuksessa 14 §:n 2 momentissa tarkoitettujen oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita kansanterveystyön sisällöstä ja järjestämisestä.

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 pääsyn periaatteista sekä odotusaikojen julkaisemisesta. Valtioneuvoston asetuksella säädetään terveyskeskuksessa 14 §:n 2 momentissa tarkoitettujen oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita kansanterveystyön sisällöstä ja järjestämisestä.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005.

Ennen tämän lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

2.

Laki**erikoissairaanhoitolain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

muutetaan 1 päivänä joulukuuta 1989 annetun erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 10, 31 ja 59 §, sellaisina kuin niistä ovat 10 § laeissa 1115/1998 ja 993/2003 ja 59 § laeissa 1220/2000 ja 1217/2001, sekä

lisätään lakiin uusi 31 a ja 43 a § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

10 §

Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tehtävänä on järjestää tässä laissa säädetty erikoissairaanhoito alueellaan.

Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalilautakuntien kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta.

Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia tehtäväalaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. Kuntayhtymän tulee myös huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täy-

Ehdotus

10 §

Sairaanhoitopiirin *kuntayhtymä vastaa alueellaan tässä laissa säädetyn erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein.*

Sairaanhoitopiirin *kuntayhtymän* tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien *sosiaalitoimen* kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Sairaanhoitopiirin *kuntayhtymän* tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata terveyskeskusten tuottamien *laboratorio- ja kuvantamispalvelujen*, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta.

Lisäksi sairaanhoitopiirin *kuntayhtymän* tulee alueellaan huolehtia tehtäväalaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta *sekä tietojärjestelmien yhteensovittamisesta.* Kuntayhtymän tulee myös huolehtia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippu-

dennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tarvittaessa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista.

31 §

Henkilön ottaminen sairaalaan sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä, jollei asetuksella ole toisin säädetty.

Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on 1 momentin säännöksen estämättä heti annettava sairaanhoitoa.

en osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tarvittaessa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista.

31 §

Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on annettava hänen sairaudentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Muutoin henkilön ottaminen sairaalaan sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä, jollei valtioneuvoston asetuksella toisin säädetä.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että läheteeseen 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 valtiosuudesta 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 säädetyissä 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.

Ennakkolupaa koskevaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päätökseen voidaan hakea muutosta siten kuin hallintolainkäytölaissa (586/1996) säädetään.

43 a §

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän 31 §:n 4 momentin tai 31 a §:n 1 momentin perusteella muulta palvelun tuottajalta hankkiman hoidon kustannuksista on potilaan kotikunta velvollinen suorittamaan korvausta sairaanhoitopiirille vahvistetun laskutushinnaston mukaisesti, mikäli kaikki sairaanhoitopiirin jäsenkunnat eivät ole sopineet toisin.

59 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa säännöksiä myös siitä, mitkä ovat tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajat mielenterveyspalveluissa. Valtioneuvoston asetuksella säädetään sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita erikoissairaanhoidon sisällöstä ja järjestämisestä.

59 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mielenterveystyön sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkemmat säännökset tutkimukseen ja hoitoon pääsyn periaatteista, odotusaikojen julkaisemisesta sekä terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Valtioneuvoston asetuksella säädetään sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintayksikössä oikeuslääkeopillisten tutkimusten tekemisestä valtion varoista maksettavista korvauksista ja palkkioista.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita erikoissairaanhoidon sisällöstä ja järjestämisestä.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005.

Ennen tämän lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

3.

Laki**potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan potilaan asemasta ja oikeuksista 17 päivänä elokuuta 1992 annetun lain
 (785/1992) 4 §:n 1 momentti sekä
lisätään lakiin uusi 4 a § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

4 §

Pääsy hoitoon

Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja sen arvioitu kesto.

Ehdotus

4 §

Pääsy hoitoon

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä säädetään erikseen kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa.

4 a §

Tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma

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. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005.

Ennen tämän lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

4.

Laki**sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3 päivänä elokuuta 1992 annetun lain (734/1992) 9 § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

9 §

Erikoismaksuluokan maksut

Erikoissairaanhoidolaissa tarkoitetuissa muissa kuin psykiatrisissa sairaaloissa voi olla erikoismaksuluokka potilaita varten, jotka haluavat päästä sellaisen lääkärin hoitoon, jolla on lääninhallituksen myöntämässä laajuudessa oikeus hoitaa potilaita erikoismaksuluokassa.

Jos kansanterveyslain voimaannpanosta annetun lain (67/72) 4 §:n mukaan on 1 päivänä tammikuuta 1976 tai sen jälkeen terveyskeskukseen siirretty sairaala tai muun lain nojalla siirretty valtion sairaanhoidolaitos terveyskeskuksen toiminnassa käytettäväksi, voi myös tällaisessa terveyskeskuksen sairaalassa olla erikoismaksuluokka.

Erikoismaksuluokassa hoidettavilta potilailta voidaan periä lisämaksuja sen mukaan kuin asetuksella säädetään.

Lääkärillä on oikeus saada palkkiona erikoismaksuluokassa hoitamiltaan potilailta perittäviä lisämaksuja vastaava määrä.

Ehdotus

9 §

Erytyispoliklinikkatoiminnan maksu

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloissa voidaan järjestää arkisin kello 16.00 jälkeen sekä lauantaisin ja sunnuntaisin erityispoliklinikkatoimintaa, jonka yhteydessä tehdyistä tutkimuksista ja annetusta hoidosta perittäviin maksuihin ei sovelleta 2 §:n 2 momentin eikä 6, 6a ja 11 §:n säännöksiä.

Erytyispoliklinikkatoiminnan 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 halutessaan olla mahdollisuus päästä erikoissairaanhoidolain perusteella sairaanhoitopiirin järjestämistä vastaavalla olevaan hoitoon siten, että maksu määräytyy tämän pykälän sijasta muiden tämän lain ja sen nojalla annettujen säännösten mukaisesti.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä erityispoliklinikkatoiminnan järjestämisestä ja sisällöstä.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2005.

Lääkärit, joilla on tämän lain voimaan

tullessa oikeus hoitaa potilaita erikoismaksuluokassa, säilyttävät lääninhallituksen antaman luvan mukaisen oikeutensa 29 päivään helmikuuta 2008 saakka. Erikoismaksuluokassa hoidettavilta potilailta perittäviin maksuihin sovelletaan tämän lain voimaan tullessa voimassa olevia säännöksiä.

Ennen tämän lain voimaantuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.
