

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettaviksi terveydenhuoltolakia toistaiseksi ja väliaikaisesti sosiaalihuoltolakia ja sosiaali- ja terveydenhuolto- ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta annettua lakia.

Esityksen mukaan terveydenhuollon päivystystä ja leikkaustoimintaa koskevaa lainsäädäntöä muutettaisiin.

Jatkossa kullakin hyvinvointialueella voisi olla yksi nimetyllä paikkakunnalla sijaitseva yliopistollinen sairaala tai keskussairaala, jossa saa ja on velvoite ylläpitää väestölle avointa ja sairaalan toiminnan varmistavaa monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Uudellamaalla HUS-yhtymä voisi kuitenkin päätöksensä perusteella ylläpitää tällaisia sairaaloita useammalla kuin yhdellä paikkakunnalla. Laissa säädettäisiin, millä paikkakunnalla on mahdollista ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä ja millä paikkakunnalla vaihtoehtoisesti rajattua ympärivuorokautista erikoissairaanhoidon päivystystä.

Edellytystä siitä, että leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys, lievennettäisiin. Osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voisi suorittaa laissa nimetyissä sairaaloissa. Lisäksi muussakin terveydenhuollon toimintayksikössä voisi suorittaa tiettyjä anestesilogista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativia kevyitä toimenpiteitä. Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin tarkemmin edellä tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä.

Laissa myös selkeytettäisiin sääntelyä siitä, millä edellytyksin leikkauksia ja muita edellä tarkoitettuja toimenpiteitä voisi hankkia muilta palveluntuottajilta.

Kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin ja iltaisin ja viikonloppuisin päiväsaikaan järjestettävän perusterveydenhuollon kiirevastaanoton sääntelyä täsmennettäisiin. Lisäksi täsmennettäisiin päivystystä ja leikkaustoimintaa koskevaa sääntelyä eräiden muiden seikkojen osalta.

Esitys liittyy valtion vuoden 2025 täydentävään talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltävän sen yhteydessä.

Lait ehdotetaan tulevan voimaan 1.10.2025. Terveydenhuoltolain väliaikaista muuttamista koskeva laki olisi kuitenkin voimassa 1.1.–30.9.2025. Eräiden muutosten osalta säädettäisiin siirtymäaikoja.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ	1
PERUSTELUT	5
1 Asian tausta ja valmistelu	5
1.1 Tausta	5
1.2 Valmistelu	5
2 Nykytila ja sen arviointi	7
2.1 Nykytila	7
2.1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen	7
2.1.2 Sairaalat Suomessa sekä työnjako päivystyksessä, leikkaustoiminnassa ja muuten erikoissairaanhoidossa	12
2.1.3 Kiireellinen hoito ja päivystys	21
2.1.4 Synnytykset Suomessa	25
2.1.5 Ensihoitopalvelu ja lääkärihelikopteritoiminta	30
2.1.6 Hyvinvointialueiden rahoitus ja hyvinvointialueiden väliset korvaukset	37
2.1.7 Palvelujärjestelmän ohjaus	40
2.1.8 Väestökehitys	42
2.1.9 Henkilöstötilanne	45
2.2 Nykytilan arviointi	52
2.2.1 Yleistä toimintaympäristöstä	52
2.2.2 Henkilöstötilanteen arviointi	55
2.2.3 Päivystystä ja erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat selvitykset	56
2.2.3.1 Kansallisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja päivystysten porrasteisuuden, työnjaon ja yhteistyön työryhmän ehdotukset	56
2.2.3.2 Lastentautien somaattisen erikoissairaanhoidon kansallinen työnjako –työryhmän selvitys	59
2.2.3.3 Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus terveystieteiden keskittämistä	60
2.2.4 Palvelujärjestelmään liittyvät kehittämishankkeet ja ohjelmat	62
2.2.5 Sairaaloiden ja ympärivuorokautisen päivystyksen toimintaympäristön, sääntelyn ja käytänteiden arviointia	67
2.2.6 Synnytykset	77
2.2.7 Ympärivuorokautinen yhteispäivystys leikkaustoiminnan edellytyksenä	78
2.2.8 Ensihoito	87
2.2.9 Palvelujärjestelmän valmius ja varautuminen	89
2.3 Hyvinvointialue- ja yhteistyöaluekohtainen eräiden sairaaloiden ja päivystysyksiköiden tarkastelu	90
2.3.1 Yleistä	90
2.3.2 Tiettyjen ympärivuorokautista yhteispäivystystä ja leikkaustoimintaa toteuttavien sairaaloiden arviointia	93
2.3.2.1 Yliopistollisten hyvinvointialueiden ylläpitämät muut kuin yliopistolliset sairaalat	93
2.3.2.2 Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet	95
2.3.2.3 Arviointia	97

2.3.3 Ympäri vuorokautiset perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla toimivat yksiköt	101
3 Tavoitteet	106
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	107
4.1 Keskeiset ehdotukset	107
4.2 Pääasialliset vaikutukset	109
4.2.1 Taloudelliset vaikutukset	109
4.2.1.1 Vaikutukset valtion talouteen	111
4.2.1.2 Vaikutukset hyvinvointialueiden talouteen	121
4.2.1.3 Vaikutukset yrityksiin	125
4.2.1.4 Vaikutukset kotitalouksiin	127
4.2.1.5 Aluetalousvaikutukset	128
4.2.2 Toiminnalliset vaikutukset hyvinvointialueisiin	130
4.2.2.1 Vaikutukset väestölle avoimeen perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon ympärivuorokautiseen päivystykseen	130
4.2.2.2 Vaikutukset leikkaustoimintaan ja tiettyihin toimenpiteisiin	133
4.2.2.3 Vaikutukset synnytysten hoitoon	134
4.2.2.4 Vaikutukset ensihoitopalveluun	135
4.2.2.5 Vaikutukset hyvinvointialueiden tiloihin, laitteisiin ja investointeihin	137
4.2.2.6 Vaikutus palvelujärjestelmän varautumiseen ja häiriötilanteiden hallintaan	138
4.2.3 Vaikutukset muihin viranomaisiin	138
4.2.3.1 Puolustusvoimat	138
4.2.3.2 Vankiterveydenhuollon yksikkö ja Rikosseuraamuslaitos	139
4.2.3.3 Valtion mielisairaalat	141
4.2.3.4 Poliisi	141
4.2.3.5 Valvovat viranomaiset	142
4.2.4 Ihmisiin kohdistuvat ja muut yhteiskunnalliset vaikutukset	142
4.2.4.1 Yleistä vaikutuksista väestöön potilaisiin ja asiakkaisiin	142
4.2.4.2 Iäkkäät henkilöt	148
4.2.4.3 Vammaiset henkilöt	148
4.2.4.4 Lapset, nuoret ja perheet	149
4.2.4.5 Sukupuolivaikutukset	150
4.2.4.6 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjät	150
4.2.4.7 Kielelliset oikeudet	152
4.2.4.8 Potilasturvallisuus	154
4.2.4.9 Vaikutukset henkilöstöön ja työllisyysvaikutukset	160
4.2.4.10 Vaikutukset koulutukseen	163
4.2.5 Vaikutukset alueelliseen itsehallintoon	167
4.2.6 Ympäristövaikutukset	168
5 Muut toteuttamismahdollisuudet	169
5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset	169
5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot	170
5.2.1 Yleistä	170
5.2.2 Ruotsi	170
5.2.3 Tanska	172

5.2.4 Norja	174
6 Lausuntopalaute.....	175
7 Säännöskohtaiset perustelut.....	182
7.1 Terveydenhuoltolaki	182
7.2 Laki terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta	198
7.3 Sosiaali- ja terveydenhuoltolaki	200
7.4 Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaantulosta.....	200
8 Lakia alemman asteen sääntely	201
9 Voimaantulo	202
10 Toimeenpano ja seuranta.....	203
11 Suhde muihin esityksiin	203
11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä	203
11.2 Suhde talousarvioesitykseen.....	203
12 Suhde perustuslakiin ja säätämisympäristö.....	204
LAKIEHDOTUKSET	217
1. Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta.....	217
2. Laki terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta	221
3. Laki sosiaali- ja terveydenhuoltolain 29 a §:n muuttamisesta.....	223
4. Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaantulosta annetun lain 59 §:n kumoamisesta	224
LIITE	225
RINNAKKAISTEKSTIT	225
1. Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta.....	225
2. Laki terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta	233
3. Laki sosiaali- ja terveydenhuoltolain 29 a §:n muuttamisesta.....	237

PERUSTELUT

1 Asian tausta ja valmistelu

1.1 Tausta

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtiin edellisellä hallituskaudella vuosia valmisteltu merkittävä rakenneuudistus, kun sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi vuoden 2023 alusta kunnilta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle. Uudistuksen seuraava vaihe on tarkastella palveluiden lainsäädäntöä, ja sen osana myös sairaaloiden tehtäviä, eli erityisesti päivystyksen ja erikoissairaanhoidon työnjakoa valtakunnallisesta näkökulmasta.

Palvelujärjestelmän toimintaympäristö on merkittävästi muuttunut siitä, kun sairaaloiden ja ympärivuorokautisten terveydenhuollon päivystysten palveluverkko ja hierarkia on muodostunut menneinä vuosikymmeninä. Palvelujärjestelmää haastaa ammattitaitoisen henkilöstön ja osaamisen saatavuuden merkittävä huonontuminen lähes kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja ammattiryhmissä ja koko maassa, mihin ei ole näkyvissä nopeita ratkaisuja. Nykyaikainen erikoissairaanhoidon tarvitsee monialaista erikoistunutta osaamista ja laajasti tukipalveluita, ja sen vaikuttava toteuttaminen edellyttää riittävää potilasvolyyymiä. Hyvinvointialueiden toimintaa, ja laajemmin julkista taloutta, haastaa myös rahoituksen riittävyys. Erikoissairaanhoidon kustannuksiin menee yli kolmasosa hyvinvointialueiden rahoituksesta. Jotta voidaan varmistaa yhdenvertainen, kansallisesti tarkoituksenmukainen ja kustannustehokas, osaja- ja taloudellisten resurssien tasapainossa oleva sairaaloiden ja päivystysten palvelurakenne, palveluverkko ja palveluiden porrasteisuus, on lainsäädäntö uudistettava vastaamaan uutta hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden toimintaympäristöä sekä valmiuden ja varautumisen edellytyksiä. Edellisen kerran sairaaloiden päivystystä ja erikoissairaanhoidon työnjakoa uudistettiin 2016–2018 toteutetuilla laki- ja asetusmuutoksilla.

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa on palvelureformin aika. Hallitusohjelman mukaan säädetään kansallisesta sairaaloiden ja päivystysten kokonaisuudesta vuoden 2024 aikana ottaen huomioon pitkät etäisyydet ja kielelliset oikeudet. Kokonaisuus valmistellaan yhteistyössä hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden kanssa. Lisäksi hallitusohjelman mukaan uudistetaan erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat säädökset. Harvinaisten sairauksien hoidon saatavuutta ja laatua parannetaan varmistamalla osaaminen yli hyvinvointialue- ja yhteistyöaluerajojen yliopistollisille sairaaloille sekä lisätään hyvinvointialueiden mahdollisuutta sopia yhteistyöstä erikoissairaanhoidon palveluissa ja järjestää päiväkirurgista toimintaa (ml. anestesia) myös sellaisissa sairaaloissa, joissa ei ole ympärivuorokautista päivystystä. Hyvinvointialueiden mahdollisuuksia valita järjestämisvastuullaan olevien sote-palvelujen tarkoituksenmukaisin toteutustapa on parannettava. Puretaan lainsäädännöstä monituottajuuden esteitä, ja siten lisätään hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden mahdollisuuksia järjestää palveluita tehokkaalla ja ennen kaikkea alueiden asukkaiden näkökulmasta laadukkaalla, vaikuttavalla ja kustannustehokkaalla tavalla. Poikkeusluvin mahdollistetaan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen ylläpito nykyisissä päivystävissä yksiköissä vuoden 2025 loppuun saakka. Hyvinvointialueet rahoittavat sairaaloiden ja päivystysten toiminnan yleiskatteellisesta rahoituksesta ilman erilliskorvauksia. Lisäksi hallitusohjelman mukaan terveydenhuoltolaki uudistetaan.

1.2 Valmistelu

Hallituksen esitys on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriössä yhteistyössä valtiovarainministeriön ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Hankkeen (hanketunnukset VN/31908/2023 ja STM093:00/2023) asiakirjat ovat saatavilla hankkeen sivulla <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM093:00/2023>.

Syksyllä 2023 toimi sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikön asettama kansallisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja päivystysten porrasteisuuden, työnjaon ja yhteistyön selvittämiseksi hyvinvointialueiden, sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriöiden virkahenkilöistä koostuvan työryhmä ja sen ohjausryhmä (hanketunnukset VN/24983/2023 ja STM003:00/2024). Työryhmän tehtävänä oli selvittää nykytilaa ja arvioida tulevaisuuden vaihtoehtoja sekä laatia ehdotuksia erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja ympärivuorokautisten terveydenhuollon päivystysten porrasteisuudesta, työnjaosta ja yhteistyöstä toiminnoittain ja erikoisaloittain yhteistyöalueilla ja kansallisesti lyhyellä ja pidemmällä aikavälillä. Ohjausryhmän tehtävänä oli varmistaa ja tukea työryhmän työn etenemistä asetettujen tavoitteiden ja tehtävien mukaiseksi. Työryhmän ehdotukset julkaistiin 11.1.2024. Ehdotukset ovat saatavilla työ- ja ohjausryhmän hankesivulla <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM003:00/2024>. Työryhmän työssä tunnistettiin, että ehdotukset edellyttävät monien asioiden jatkoarviointia. Arviointia on tehty tämän hallituksen esityksen valmistelussa.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti ajalle 15.11.2023–15.2.2024 Lastentautien somaattisen erikoissairaanhoidon kansallinen työnjako -työryhmän. Työryhmän tehtävänä oli tuottaa näkemyksiä ja ehdotuksia lastentautien somaattisen erikoissairaanhoidon keskittämisen säätelyyn, sopimiseen ja ohjaukseen liittyen. Hankkeessa haettiin pilottina kokemuksia siitä, miten palvelujärjestelmän toimijat yhteistyössä voivat lääketieteellisen ja palveluiden järjestämisen osaamisellaan tukea ministeriötä säädösvalmistelussa ja ohjauksessa. Työryhmä luovutti raporttinsa ”Lasten julkisen erikoissairaanhoidon turvaaminen Suomessa SOTE-uudistuksen oloissa. Tunnistettuja tarpeita säädösuudistuksille ja kansallisen tason ohjaukseen.”¹ ministeriölle 15.2.2024.

Hallitusohjelman mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt kansallisen palvelureformin, jossa palvelujärjestelmää kehitetään lainsäädännöllä, ohjelma- ja hanketyöllä ja ohjausjärjestelmän uudistamisella (hanketunnukset VN/32594/2023 ja STM098:00/2023; <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM098:00/2023>). Reformissa on viisi asiakokonaisuutta, jotka on tunnistettu ja nimetty palvelureformin hankkeissa huomioon otettaviksi: ennaltaehkäisyn vahvistaminen; integraation, saatavuuden ja jatkuvuuden vahvistaminen; palvelujärjestelmän selkeyttäminen; vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen; sekä varautumisen ja häiriötilanteiden hoidon vahvistaminen. Tämä hallituksen esitys on eräs kansallisen palvelureformin lainsäädäntöhanke. Hanketta on seurattu kansallisen palvelureformin ohjausryhmässä.

1

<https://stm.fi/documents/1271139/203149650/Lastentautien+somaattisen+erikoissairaanhoidon+kansallinen+ty%C3%B6njako+%E2%80%93+ty%C3%B6ryhm%C3%A4n+loppuraportti+15.2.2024.pdf/4243805c-1115-395a-6279-e9f1b4250c6b?t=1708497596806>

Osana lainvalmistelua 12.2. ja 14.2.2024 pidettiin kaksi saman sisältöistä työpajaa keskeisille sidosryhmille. Sidosryhmille annettiin mahdollisuus myös toimittaa kirjallisia kommentteja ja materiaalia.

Sosiaali- ja terveysministeriö laati hyvinvointialueille kyselyn, jolla kerättiin tietoa päivystävien sairaaloiden ja perusterveydenhuollon yksiköiden toiminnasta. Tietopyyntö oli vireillä ajalla 12.2.–8.3.2024. Saatuja tietoja on hyödynnetty esityksen nykytilan kuvauksessa, arvioissa ja vaikutusarvioissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti 5.6.2024 keskustelutilaisuuden hyvinvointialueiden hoitotyön professiojohtajille ja terveysalan AMK koulutusjohtajien verkostolle, jossa kuultiin näkemyksiä esityksen vaikutuksista terveydenhuollon hoitohenkilökunnan koulutukseen ja harjoitteluihin. Esitystä ja sen vaikutuksia lääkärikoulutukseen käsiteltiin myös erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaoston 22.5.2024 kokouksessa. Tämän lisäksi hanketta on esitelty useissa erilaisissa sidosryhmätilaisuuksissa.

Luonnoksesta hallituksen esitykseksi pidettiin suomenkielinen lausuntokierros ajalla 21.5.–1.7.2024. Ruotsinkielinen lausuntokierros oli ajalla 18.6.–11.8.2024. Ruotsinkielinen lausuntokierros oli suomenkielistä lausuntokierrosta pidempi, sillä se osui yleiseen lomakauteen. Lausunnot on luettavissa hankkeen sivulta (<https://stm.fi/hanke?tunnus=STM093:00/2023>). Lausuntopalautetta käsitellään jaksossa 6.

Lainsäädännön arviointineuvosto on antanut esityksestä lausunnon (arviointineuvoston lausunto 23.9.2024, VN/25767/2024)². Lausuntoa ja sen johdosta tehtyjä tarkennuksia on kuvattu tarkemmin jaksossa 6.

Esitystä käsiteltiin Hyvinvointialuetalouden ja -hallinnon neuvottelukunnassa 27.8.2024.

Hallituksen esitys sisältää ehdotuksen leikkaustoimintaa koskevan lainsäädännön muuttamiseksi. Samaan sääntelykokonaisuuteen liittyen Sipilän hallituksen kauden loppupuolella eduskunnalle annettiin hallituksen esitys (HE 312/2018 vp), jossa ehdotettiin säädettäväksi edellytyksistä, joiden täytyessä sairaanhoitopiiri olisi voinut järjestää anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita edellyttävää kiireetöntä leikkaustoimintaa tai yleisanestesiaa edellyttäviä muita kiireettömiä toimenpiteitä sairaanhoitopiirin toimintayksikössä, jossa ei ole ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä. Esitys raukesi eduskunnassa.

2 Nykytila ja sen arviointi

2.1 Nykytila

2.1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Pykälän 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

² <https://valtioneuvosto.fi/-/lainsaadannon-arviointineuvosto-terveydenhuoltolain-muutos-on-hyvinvalmisteltu>

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Manner-Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestävät 21 hyvinvointialuetta, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä. Lisäksi hyvinvointialueiden järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten on viisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöaluetta. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa (612/2021, *järjestämislaki*). Hyvinvointialueen toiminnasta, taloudesta ja hallinnosta sekä talouden ja hallinnon tarkastamisesta säädetään hyvinvointialueesta annetussa laissa (611/2021, *hyvinvointialuelaki*).

Uudellamaalla järjestämisvastuu poikkeaa muun maan ratkaisusta siten, että palvelujen järjestämisestä vastaa neljä hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki. Lisäksi HUS-yhtymä vastaa sille laissa säädetystä sekä HUS-järjestämissopimuksessa sovitusta erikoissairaanhoidon toiminnoista ja tehtävistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annetussa laissa (615/2021, *Uusimaa-laki*) säädetään vastuusta järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto Uudellamaalla sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämiseen Uudellamaalla liittyvästä hallinnon ja talouden järjestämisestä. Uusimaa-lain 5 §:n mukaan HUS-yhtymä vastaa muun muassa terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 §:n nojalla HUS-yhtymälle keskitettävistä palveluista ja muista näihin palveluihin rinnastuvista vastaavan kaltaisista toistettavuutta, usean alan erityisosaamista tai kallista laitteistoa taikka muita merkittäviä investointeja edellyttävistä erikoissairaanhoidon palveluista, 50 §:ssä tarkoitetun kiireellisen hoidon järjestämisestä perusterveydenhuollon kiireellistä vastaanottotoimintaa lukuun ottamatta sekä 39 §:ssä tarkoitetusta ensihoitopalvelusta.

Järjestämislain 8 §:n mukaan hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Hyvinvointialueella on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä hallinnollinen ja muu henkilöstö, hallinnassaan asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset. Lisäksi hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto.

Lain 10 §:n mukaan hyvinvointialueella on vastuu asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi. Hyvinvointialueen on huolehdittava yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä.

Järjestämislain 35 §:n mukaan hyvinvointialueiden järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten on viisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöaluetta. Kuhunkin yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet säädetään valtioneuvoston asetuksella siten, että yliopistollista sairaalaa ylläpitävät

hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä kuuluvat kukin eri yhteistyöalueeseen. Valtioneuvoston asetus, jossa alueet on määritelty, on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueista annettu valtioneuvoston asetus (91/2022).

Järjestämislain 36 §:n mukaan samaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden on tehtävä yhteistyösopimus valtuustokausittain. Yhteistyösopimuksen tarkoituksena on varmistaa yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden työnjako, yhteistyö ja yhteensovittaminen siltä osin kuin se on tarpeellista hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien toteutumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden turvaamiseksi. Yhteistyösopimuksessa on sovittava, ottaen huomioon, mitä niistä on säädetty, hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta muun muassa sosiaalipäivystyksessä ja terveydenhuollon päivystyksessä sekä erikoissairaanhoidon henkilöstön ja osaamisen varmistamisessa erikoisalokkain palvelujen tarkoituksenmukaisen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamiseksi. Hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annetussa valtioneuvoston asetuksessa (309/2023) annetaan tarkempia säännöksiä eräistä sovittavista asioista. Säännöksiä sovittavista asioista on myös terveydenhuoltolaissa, kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalokkoaisista edellytyksistä annetussa valtioneuvoston asetuksessa (583/2017, *päivystysasetus*) sekä erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetussa valtioneuvoston asetuksessa (582/2017, *erikoissairaanhoidon keskittämisasetus*).

Hyvinvointialuelain 9 §:n mukaan, jollei lailla toisin säädetä, hyvinvointialue voi tuottaa järjestämisvastuulleen kuuluvat palvelut itse, yhteistoiminnassa muiden hyvinvointialueiden kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen muilta palvelujen tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009). Hyvinvointialue voi järjestämislain 12 §:n mukaan hankkia asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja yksityiseltä palveluntuottajalta sopimukseen perustuen, jos palvelujen hankkiminen olisi tarpeen tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi. Yksityiseltä palveluntuottajalta voidaan hankkia kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden hankkimista ei ole erikseen laissa kielletty. Järjestämislain 12 §:n mukaan hyvinvointialue ei saa hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta lähtökohtaisesti palveluja, joihin sisältyy julkisen vallan käyttöä, yksilö- ja perhekohtaista sosiaalitoimintaa, sosiaalipäivystystä, kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluja lukuun ottamatta perusterveydenhuollon päivä- ja iltapäiväaikaista kiireellistä vastaanottoa; eikä ensihoitopalvelua - tämä kuitenkin tietyin poikkeuksin eli hankkia voi ensihoitoyksiköiden eli keskeisesti ambulanssien palvelun, siirtokuljetukset sekä psykososiaalisen tuen piiriin ohjaamisen ja eräät ensihoitovalmiuteen liittyvät tehtävät.

Hyvinvointialueen on huolehdittava järjestämisvastuustaan sekä sen järjestämisvastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta toteutumisesta myös palveluja hankkiessaan. Hankittavien palvelujen on oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että hyvinvointialue pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta myös hankittavien palvelujen osalta.

Lain 13 §:ssä säädetään vuokratyövoiman ja yksityiseltä palveluntuottajalta hankittavan työvoiman käytöstä. Hyvinvointialue voi käyttää työvoimaksi hankittua ja vuokrattua sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöä täydentääkseen omaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstöään myös terveydenhuoltolain 50 §:ssä tarkoitetuissa ympärivuorokautisen kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluissa. Päivystysyksikössä käytettävän hankitun ja vuokratun työvoiman osuuden on oltava tällöin ammattihenkilöryhmittäin täydentävää suhteessa sillä alueella toimivien hyvinvointialueen perus- ja erikoissairaanhoidon

toimintayksiköiden omaan henkilöstöön, jolta asiakkaat ohjataan kyseiseen päivystyksikköön. Tietyissä tilanteissa hankittua ja vuokrattua työvoimaa voidaan käyttää muutoinkin kuin vain täydentävästi. Pykälässä säädetään myös tällaisen työvoiman oikeudesta tehdä ympärivuorokautisen kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluissa hoidon tarpeen arviointia ja hoitoratkaisuja.

Terveystieteiden laitoksissa säädetään tarkemmin järjestämisvastuun piiriin kuuluvista terveydenhuollon palveluista sekä eräistä järjestämiseen liittyvistä rakenteista. Laissa määritellään eräitä keskeisiä käsitteitä. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan hyvinvointialueen järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta ja työterveyshuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveyden hoitoa ja päihde- ja riippuvuushoitoa siltä osin kuin niitä ei järjestetä erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja.

Hyvinvointialueiden velvoitteena on järjestää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut. Kiireettömän hoidon osalta säädetään hoitoon pääsyn enimmäisajoista eli niin sanotusta hoitotakuusta. Terveystieteiden laitoksen 52 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä erikoissairaanhoidossa. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Lasten ja nuorten erikoissairaanhoitotasossa mielenterveyspalveluissa hoitoon pääsyn enimmäisaika on lain 53 §:n mukaan kolme kuukautta. Laissa on hoitoon pääsyn enimmäisajat myös perusterveydenhuollon osalta. Terveystieteiden laitoksen 54 §:n mukaan jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta säädetyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialueen lain 9 §:n 1 momentissa tarkoitettulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta. Pykälässä on lisäksi viittaus palvelusetelistä annettuun lakiin eräänä tuottamisen muotona. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä yhteydessä on arvioitava, pystyykö hyvinvointialue tuottamaan tutkimukset, hoidon ja kuntoutuksen säädetyissä enimmäisajoissa.

Laissa on myös säännökset hoitopaikan valinnasta. Potilaalla on oikeus valita kerran vuodessa terveyskeskuksensa tai -asemansa. Erikoissairaanhoidon osalta potilaalla on oikeus valita yhteisymmärryksessä lähetteen antavajan lääkärin kanssa hoidon antava sairaala riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella toimintayksikkö sijaitsee.

Kiireellisen hoidon järjestämisen sääntelyä kuvataan jäljempänä jaksoissa 2.1.2 ja 2.1.3

Terveystieteiden laitoksen 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden laitoksen toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Järjestämislain 4 §:n mukaan hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan

sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Palvelut on toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Palveluja voidaan koota hyvinvointialueen alueella suurempiin kokonaisuuksiin silloin, kun palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä. Järjestämislain 9 §:n mukaan osa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä voidaan koota suurempiin kokonaisuuksiin yhden tai useamman hyvinvointialueen järjestettäväksi, jos se on välttämätöntä palvelujen tai muiden toimenpiteiden saatavuuden, laadun tai asiakkaiden oikeuksien varmistamiseksi tehtävän vaativuuden, harvinaisuuden tai siitä aiheutuvien suurten kustannusten vuoksi. Suurempiin kokonaisuuksiin koottavista tehtävistä ja niihin liittyvästä työnjaosta säädetään erikseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevassa hallituksen esityksessä todetaan, että terveydenhuoltolain 50 §:ssä tarkoitettu päivystys, samoin kuin terveydenhuoltolain 45 §:ssä ja sen nojalla säädetty erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen, ovat järjestämislain 9 §:ssä tarkoitettuja tehtäviä, jotka on koottu suurempaan kokonaisuuteen (HE 241/2020 vp, s. 675). Toimintaa koskevaa sääntelyä on myös sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annetussa laissa (741/2023, *sote-valvontalaki*).

Järjestämislain 5 §:ssä säädetään palveluiden kielestä. Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi kaksikielisen hyvinvointialueen alueella siten, että asiakas saa ne valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi. Yksikielisen hyvinvointialueen alueella sosiaali- ja terveydenhuolto järjestetään hyvinvointialueen kielellä. Kielilaissa (423/2003) säädetään asiakkaan oikeudesta käyttää omaa kieltään, tulla kuulluksi, saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä oikeudesta tulkkaukseen. Järjestämislain 39 §:ssä säädetään kaksikielisten hyvinvointialueiden veloitteesta tehdä yhteistyösopimus ruotsinkielisten kielellisten oikeuksien toteutumisen turvaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lain 33 §:n mukaan Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen tehtävänä on tukea ruotsinkielisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä koko maassa.

Järjestämislain 5 §:n mukaan asiakkaalla on oikeus käyttää saamen kieltä saamelaisten kotiseutualueen kunnissa tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä Lapin hyvinvointialueen alueella sellaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, joita tuotetaan vain kotiseutualueen kuntien ulkopuolella sijaitsevilla toimintayksiköissä. Lisäksi asiakkaalla on oikeus käyttää saamen kieltä Lapin hyvinvointialueen alueella kotiseutualueen kuntien ulkopuolella sijaitsevilla toimintayksiköissä tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, jotka Lapin hyvinvointialue on osoittanut kotiseutualueen kuntien asukkaiden käytettäväksi järjestämislain 4 §:ssä tarkoitetun palvelujen saavutettavuuden perusteella. Oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään muutoin saamen kielilaissa (1086/2003). Lapin hyvinvointialueen tehtävänä on tukea saamenkielisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä koko maassa.

Järjestämislain 5 §:n mukaan, jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan käyttämää viittoma- tai muuta kieltä tai asiakas ei vammaisuuden tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on palveluja annettaessa mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkittamisesta ja tulkin hankkimisesta. Järjestämislain 4 §:n mukaan hyvinvointialueen on turvattava järjestämisvastuullaan olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen esteettömyys ja saavutettavuus.

Potilailta perittävistä asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) ja –asetuksessa (912/1992).

Valtion viranomaiset järjestävät eräitä terveydenhuollon palveluja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alainen Vankiterveydenhuollon yksikkö järjestää maanlaajuisesti vankien ja tutkintavankien terveyden- ja sairaanhoidon. Asiasta säädetään Vankiterveydenhuollon yksiköstä annetussa laissa (1635/2015), vankeuslaissa (767/2005) ja tutkintavankeuslaissa (768/2005). Valtion mielisairaaloista säädetään valtion mielisairaaloista annetussa laissa (1292/1987) sekä mielenterveyslaissa (1116/1990). Puolustusvoimien järjestämästä terveydenhuollosta säädetään terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa (322/1987). Kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta sekä ihmiskaupan uhrin tunnistamisesta ja auttamisesta annetun laissa (746/2011) säädetään vastaanottokeskusten velvoitteesta antaa terveyspalveluja laissa tarkoitetuille kansainvälistä suojelua hakevalle, tilapäistä suojelua saavalle sekä ihmiskaupan uhrille. Vastaanoton ja auttamisjärjestelmän käytännön toiminnan ohjaus, suunnittelu ja valvonta kuuluvat Maahanmuuttovirastolle, joka myös vastaa valtion vastaanotto- ja järjestelykeskuksien ylläpidosta. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetussa laissa (695/2019) säädetään Kansaneläkelaitoksen järjestämästä korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta. Lakisääteinen valtakunnallinen palveluntuottaja on lain 8 §:n mukaan Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). YTHS:n on tuotettava terveydenhuoltolain 17 §:ssä tarkoitettu opiskeluterveydenhuolto, johon sisältyy perusterveydenhuollon terveyden- ja sairaanhoitopalvelut.

Työterveyshuoltolaissa (1383/2001) veloitetaan työnantajaa järjestämään työntekijöilleen ehkäisevä työterveyshuolto. Ehkäisevän toiminnan lisäksi työnantaja voi vapaaehtoisuuteen perustuen järjestää työntekijöilleen sairaanhoitoa ja muita terveydenhuollon palveluja. Potilas voi lisäksi hakeutua hoitoon yksityiseen terveydenhuoltoon, jonka kustannuksista voi saada korvauksia sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisesti.

Edellä kuvatuissa valtion viranomaisten, työterveyshuollon ja Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön palvelutuotantoon ei pääsääntöisesti sisälly ympärivuorokautista päivystystä tai vaativaa erikoissairaanhoitoa sisältävää sairaalatoimintaa. Siltä osin kuin näiden toimijoiden järjestämisvastuuseen kuuluu erikoissairaanhoito, tyypillisesti hyvinvointialueet tuottavat sen. Poikkeuksena ovat vankiterveydenhuoltoon kuuluva vankisairaala, joka on yleislääkärijohtoinen somaattinen sairaala, ja psykiatrinen vankisairaala sekä valtion mielisairaalat. Yksityissektorilla on ympärivuorokautisesti toimivia sairaaloita, jotka ovat keskittyneet esimerkiksi elektiiviseen kirurgiaan. Sairaaloita, joissa hoidetaan synnytyksiä tai annetaan tehohoitoa, on vain hyvinvointialueiden järjestäminä. Tästä poiketen tehohoitopaikkoja on myös hyvinvointialueiden omistamassa Tays Sydänkeskus Oy:ssä.

Sote-valvontalaissa säädetään niin hyvinvointialueiden kuin muiden palvelunjärjestäjien ja palveluntuottajien omavalvonnasta ja valvonnasta. Palvelunjärjestäjien, kuten hyvinvointialueiden, on valvottava toimintaansa siten, että sosiaali- ja terveydenhuolto on sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaista kuin asiakkaiden ja potilaiden tarve ja turvallisuus edellyttävät. Palvelunjärjestäjän on otettava toiminnassaan huomioon, että sosiaalihuollon asiakkaiden ja potilaiden palvelut toteutetaan yhdenvertaisesti. Palvelunjärjestäjän on seurattava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen henkilöstön riittävyyttä sekä tilojen ja laitteiden turvallisuutta ja soveltuvuutta palvelujen toteuttamisessa. Palvelunjärjestäjän on myös ohjattava ja valvottava sen järjestämisvastuulle kuuluvaa palvelutuotantoa. Sen velvoitteena on myös laatia omavalvontasuunnitelma.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovat aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontavirasto Valvira. Sote-valvontalaissa säädetään viranomaisten toimivaltuuksista, kuten hallinnollisesta ohjauksesta ja kehotuksesta, määräyksistä ja pakkokeinoista sekä tarkastuksista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Ahvenanmaalla kuuluu Ahvenanmaan itsehallintolain (1144/1991) mukaan maakunnan omaan lainsäädäntötoimivaltaan. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomainen (Ålands hälso- och sjukvård, ÅHS).

2.1.2 Sairaalat Suomessa sekä työnjako päivystyksessä, leikkaustoiminnassa ja muuten erikoissairaanhoidossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa lainsäädännössä tai terveydenhuoltolaissa ei ole määritelmää sairaalasta. Järjestämislaissa säädetään velvoitteesta järjestää palvelut sekä hyvinvointialueen velvoitteesta huolehtia asianmukaisista toimitiloista. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissakin (785/1992, *potilaslaki*) on hyvinvointialueiden terveydenhuollon toimintayksiköiden osalta vain yleisluonteinen määritelmä, jonka mukaan terveydenhuollon toimintayksiköllä tarkoitetaan mainitussa laissa hyvinvointialueen terveydenhuollon toimintayksiköitä, jotka hoitavat järjestämislain mukaisia terveydenhuollon tehtäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamisen myötä kumotussa erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) säädettiin sairaanhoitopiirin velvoitteesta ylläpitää sairaaloita sekä tarpeen mukaan niistä erillään olevia sairaanhoidon toimintayksiköitä ja muita toimintayksiköitä. Vastaavasti kansanterveyslaissa (66/1972) säädettiin kunnan velvoitteesta ylläpitää terveyskeskusta. Vaikka tällaista sääntelyä ei enää olekaan, lainsäädännössä edelleen säädetään sairaaloista. Sairaaloita koskevalla sääntelyllä käytännössä määritetään sairaaloiden tehtävänjakoa.

Yksityiskohtaisin sääntely koskee yliopistollisia sairaaloita. Järjestämislain 34 §:n mukaan hyvinvointialueiden, joiden alueella sijaitsee Turun, Oulun tai Tampereen yliopisto tai Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunta, on ylläpidettävä yliopistollista sairaalaa. Uudellamaalla, jossa sijaitsee Helsingin yliopisto, HUS-yhtymän on ylläpidettävä yliopistollista sairaalaa. Järjestämislain 34 a §:n mukaan yliopistollisen sairaalan pääasiallisia tehtäviä ovat perustason, vaativan tason ja erityistason erikoissairaanhoido sekä yliopistollisessa sairaalassa toteutettava koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta sekä järjestämislaissa tai muussa laissa yliopistollisessa sairaalassa hoidettaviksi säädetyt tehtävät. Yliopistollinen sairaala voi toteuttaa muitakin tehtäviä. Muut tehtävät eivät saa laajuudeltaan olla sellaisia, että ne vaarantavat pääasiallisten tehtävien hoitamisen. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävä hyvinvointialue ja HUS-yhtymä sekä muu hyvinvointialue voi toteuttaa erikoissairaanhoidon palveluita ja koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa myös muissa hyvinvointialueen sairaaloissa ja toiminnoissa.

Yliopistollisten sairaaloiden tehtävien säätämistä koskevassa hallituksen esityksessä kuvataan, että yliopistollinen sairaala muodostaa toimintojen kokonaisuuden, jossa aidossa sairaalaympäristössä toisistaan erottamattomasti yhdistyvät laajan, monimuotoisen ja useiden erikoisalojen potilasvolyymin tutkimus, hoito ja kuntoutus, monitieteinen ja moniammatillinen perus-, jatko-, erikoistumis- ja täydennyskoulutustoiminta, monitieteinen akateeminen tutkimus-, kehittämis-, innovaatio- ja testaustoiminta sekä laaja ja pitkäjänteinen yhteistyö yliopiston lääketieteellisen tai terveystieteellisen tiedekunnan kanssa. Nämä seikat yhdessä erottavat yliopistollisen sairaalan muista sairaaloista tai toimintayksiköistä. Yliopistollisella sairaalalla ei tarkoiteta yhtä fyysistä rakennusta, vaan yliopistollisen sairaalan tehtäviä voidaan tosiasiallisesti toteuttaa useissa rakennuksissa. Yliopistollisen sairaalan toiminta kattaa toiminnan muun muassa sairaalan vuodeosastoilla, poliklinikoilla, diagnostiikkayksiköissä tai esimerkiksi digitaalisena toimintana (HE 305/2022 vp, s. 10). Muutenkaan sairaaloita ei lainsäädännössä sidota tiettyyn rakennukseen.

Sairaaloiden tehtäviä sääntelee keskeisesti terveydenhuoltolain 50 §:n mukainen sääntely, joka määrittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen laajuutta. Mainitun 50 §:n 3 momentissa säädettyjen hyvinvointialueiden tehtävänä on järjestää laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö keskussairaalaansa yhteyteen. Lainsäädännössä ei määritetä keskussairaala, vaan käsite käytännössä nojaa jo vuosikymmeniä käytössä olleeseen käsitteeseen alueen suuren asutuskeskuksen monierikoisalaisesta sairaalasta. Tämän lisäksi alueilla on ollut väestön tarpeen mukaisia aluesairaaloita ja kuntien sairaaloita. Erikoissairaanhoidolaissa ei enää käytetty tällaisia sairaaloita nimenomaisesti jaottelevia nimikkeitä. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan 50 §:n 3 momentin mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen.

Terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa säädetään velvoite järjestää laaja ympärivuorokautinen päivystys seuraavilla hyvinvointialueille (sulkuihin lisätty, missä päivystys käytännössä on): HUS-yhtymä (Helsingin yliopistollinen keskussairaala), Varsinais-Suomi (Turun yliopistollinen keskussairaala), Satakunta (Satakunnan keskussairaala, Pori), Pirkanmaa (Tampereen yliopistollinen sairaala), Päijät-Häme (Päijät-Hämeen keskussairaala, Lahti), Etelä-Karjala (Etelä-Karjalan keskussairaala, Lappeenranta), Pohjois-Karjala (Pohjois-Karjalan keskussairaala, Joensuu), Pohjois-Savo (Kuopion yliopistollinen sairaala), Keski-Suomi (Keski-Suomen Keskussairaala Sairaala Nova, Jyväskylä), Pohjanmaa (Vaasan keskussairaala), Etelä-Pohjanmaa (Seinäjoen keskussairaala), Pohjois-Pohjanmaa (Oulun yliopistollinen sairaala) ja Lappi (Lapin keskussairaala, Rovaniemi; lisäksi voimapanolain 59 §:n erityissäännöksen nojalla seuraavassa kappaleessa käsiteltyä muuta ympärivuorokautista päivystystä järjestetään Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n tuottamana Länsi-Pohjan keskussairaalassa Kemissä).

Terveydenhuoltolain 50 §:n 4 momentin mukaan muiden hyvinvointialueiden tulee ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon, keskussairaalan yhteydessä. Yhteispäivystyksessä tulee olla tarvittavien erikoisalojen riittävä osaaminen väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitamiseksi. Velvoite on seuraavilla hyvinvointialueilla (sulkuihin lisätty, missä päivystys käytännössä on): Etelä-Savo (Mikkelin keskussairaala; lisäksi erityissäännöksen nojalla päivystys on Savonlinnan keskussairaalassa), Kainuu (Kainuun keskussairaala, Kajaani), Kanta-Häme (Kanta-Hämeen keskussairaala, Hämeenlinna), Keski-Pohjanmaa (Keski-Pohjanmaan keskussairaala, Kokkola) ja Kymenlaakso (Kymenlaakson keskussairaala, Kotka). Lisäksi 4 momentissa tarkoitettua päivystystä ylläpidetään siis myös Länsi-Pohjan keskussairaalassa Kemissä.

Terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momentin sääntely tarkoittaa, vaikkei se säännösten sanamuodoista suoraan esiin käykään, että ainoastaan 3 momentissa säädetty hyvinvointialueet saavat ylläpitää laajaa ympärivuorokautista yhteispäivystystä, ja että 3 ja 4 momentin sääntelyn perusteella ympärivuorokautisesti päivystäviä keskussairaaloita voi lähtökohtaisesti olla vain yksi hyvinvointialuetta kohden. Terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentin mukaan kuitenkin hyvinvointialueet, joissa on yliopistollinen sairaala, sekä HUS-yhtymä voivat väestön palvelutarpeen niin edellyttäessä perustaa useamman kuin yhden ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystyksikön sairaaloidensa yhteyteen. Helsingin yliopistollisella keskussairaalalla on sairaaloita Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. HUS-yhtymä lisäksi ylläpitää edellä kuvattua säännöksen nojalla päivystystä Hyvinkäällä, Lohjalla ja Porvoossa. Päivystystä lisäksi ylläpitää Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Oulaisissa ja Varsinais-Suomen hyvinvointialue Salossa. Pirkanmaan hyvinvointialue ylläpitä aiemmin

ympäri vuorokautista yhteispäivystystä Valkeakoskella, mutta hyvinvointialueen päätöksellä 1.6.2024 lukien yöaikainen päivystys päättyi ja päivystys toimii nyt kello 8–22.

Hyvinvointialueiden rajat eivät täysin vastaa aiempien sairaanhoitopiirien rajoja. Lapin hyvinvointialue koostuu aiemmista Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien alueista, ja Etelä-Savon hyvinvointialue koostuu aiemmista Etelä-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien alueista, joilla kaikilla on ollut oma keskussairaalsensa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistuksen yhteydessä ei haluttu muuttaa päivystävien sairaaloiden työnjakoa lyhyellä aikavälillä. Täten sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaansaattamisesta annetussa laissa (616/2021, *voimaansaattolaki*) oli siirtymäsäännös (59 §), jonka mukaan sen estämättä, mitä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momenteissa säädetään, Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet voivat ylläpitää useampaa kuin yhtä ympäri vuorokautisesti päivystävää yhteispäivystyksikköä sairaaloidensa yhteydessä vuoden 2032 loppuun saakka. Eduskunnan lausumaan perustuen kyseistä säännöstä muutettiin myöhemmin vielä siten, että mainittu aikaraja poistettiin, eli oikeus on siis toistaiseksi voimassa oleva. Voimassa olevan säännöksen mukaan Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet voivat ylläpitää kahta ympäri vuorokautisesti päivystävää yhteispäivystyksikköä sairaaloidensa yhteydessä, jos väestön palvelutarve sitä edellyttää ja enemmän kuin yhden yksikön ylläpito ei vaaranna laissa hyvinvointialueen toiminnalle säädettyjen edellytysten noudattamista ja velvoitteiden täyttämistä (laki 429/2023; HE 319/2022 vp, HE 328/2022 vp).

Kemin sairaalan yksikön palvelutuotannosta vastaa suurelta osin ulkoistussopimukseen perustuen Mehiläinen Länsi-Pohja Oy, joka on Lapin hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan Mehiläisen yhteisyritys. Ulkoistussopimus on tehty joulukuussa 2017. Sopimuksen kesto on 15 vuotta palvelutuotannon alkamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä sopimusta on muutettu siten, että päivystyspalvelut ja sairaalaan hoitoon ottamiseen liittyvä päätöksenteko siirtyvät Lapin hyvinvointialueen vastuulle vuoden 2025 alusta.

Terveydenhuoltolain 50 §:n 4 momentin mukaan yhteistyöalueella tulee lisäksi aina olla oikeus yhteistyösopimuksen nojalla sopia, että sen alueella toimivan hyvinvointialueen keskussairaalan yhteydessä toimivalle yhteispäivystyksen yksikölle voidaan muodostaa sen laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö, jota palvelujen saavutettavuus, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen edellyttävät. Käytännössä sääntely on mahdollistanut, että terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentin ja tietyn 4 momentin mukaisen yhteispäivystyssairaalan palveluvalikoima ei alueilla tehtyjen ratkaisujen ja sopimusten myötä poikkea niin voimakkaasti, kuin 3 ja 4 momentissa tehty jako voisi antaa ymmärtää. Sairaalakohtaisia kuvauksia toiminnasta on jaksossa 2.3.

Terveydenhuoltolaissa ja sen nojalla säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta myös kiireettömän hoidon osalta. Terveydenhuoltolain 45 §:n 1 momentin mukaan osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin. Pykälän 2 momentin mukaan alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoitoa kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympäri vuorokautisen päivystyksen yksiköihin.

Terveystenhooltolain 45 §:n 3 momentin mukaan leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Terveystenhooltolain 45 §:n nojalla annetussa erikoissairaanhoidon keskittämisasetuksessa säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden hoitojen keskittämisestä. Asetus koskee sellaisten tautitilojen hoidon kokoamista suurempiin kokonaisuuksiin, jotka ovat suhteellisen harvinaisia tai joiden hoito on erityisen vaativaa. Asetuksen 2 §:ssä asetetaan työnjakoa koskevat yleiset periaatteet, kuten velvoite siihen, että keskitettyä hoitoa antavassa yksikössä tulee olla korkea asiantuntemus ja kokemus sekä osaaminen, jolla turvataan hoidon korkea taso ja laatu sekä potilasturvallisuus. Asetuksen 3 §:ssä asetetaan HUS-yhtymälle ja tietyille hyvinvointialueille valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelun ja yhteensovittamisen tehtäviä. Asetuksen 4 §:ssä säädetään yliopistollista sairaalaa ylläpitäville hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle tietyjä erikoissairaanhoidon tehtäviä, joissa ne vastaavat alueellisesta suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta. Asetuksen 5 §:ssä säädetään HUS-yhtymän ja yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden välillä tehtävästä eli valtakunnallisesta työnjaosta ja keskittämisestä, ja 6 §:ssä toimenpiteistä, joita saavat tehdä vain yliopistolliset sairaalat. Asetuksen 7 §:ssä asetetaan leikkauskohtaisia lukumääräisiä rajoja sille, missä sairaaloissa tietyjä leikkauksia voidaan tehdä, ja millä perustein sairaalakohtainen lukumäärä voidaan alittaa. Asetuksessa on yksityiskohtaisesti säännelty tietyistä toimenpiteistä.

Terveystenhooltolain 45 §:n 4 momentin mukaan, jos hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto kootaan tai, jos sopimus ei täytä laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä. Valtioneuvosto ei ole tehnyt tällaisia määräyksiä. Alueellisesti keskitettävästä hoidosta ja toiminnan yhteen sovittamisesta määrätään yhteistyöalueen hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa.

Hyvinvointialueilla on myös sellaisia sairaaloita, joiden tehtäväkuvaa ei tarkemmin normiteta. Tällaisia sairaaloita ovat muun muassa aiemmat kuntien ja kuntayhtymien ylläpitämät entiset aluesairaalat, terveyskeskussairaalat ja yksittäiset vuodeosastot. Sairaaloiden palveluvalikoima on ollut vaihteleva. Näissä sairaaloissa on ollut perusterveydenhuollon ja eri erikoisalojen poliklinista vastaanottotoimintaa ja vuodeosastoja muun muassa yleislääketieteen ja geriatrian aloilla. Näissä sairaaloissa ei ole ollut ympärivuorokautista väestölle avointa päivystystä lukuun ottamatta alla kuvatulla poikkeusluvalla toimineita perusterveydenhuollon päivystyksiä. Sairaaloiden vuodeosastojen tarvitsema lääkäripäivystys on järjestetty eri tavoin.

Hyvinvointialueiden omistamia osakeyhtiömuodossa toimivia sairaaloita ovat Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Kanta-Hämeen, Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan hyvinvointialueiden omistama, Tampereella toimiva, tekonivelleikkauksiin erikoistunut, Tekonivelsairaala Coxa Oy sekä Pirkanmaan, Keski-Suomen ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueiden omistama Tays Sydänkeskus Oy, jolla on toimintaa muillakin paikkakunnilla. Nämä yhtiöt käsitetään hyvinvointialueen sidosyksiköiksi, mutta järjestämislain nojalla ne ovat yksityisiä palveluntuottajia. Yhtiöiden sairaalat voivat lainsäädännön edellytysten täytyessä tuottaa palveluja hyvinvointialueille. Edellytyksenä muun ohella on, että hyvinvointialueen ja yrityksen välillä on järjestämislain edellytykset täyttävä sopimus palveluiden tuottamisesta, hyvinvointialue vastaa erikoissairaanhoidon ottamisesta, ja hyvinvointialue vastaa ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämisestä. Hyvinvointialueilla on myös sairaaloita, joiden toimintaa toteuttaa aiemmin kuntien tai kuntayhtymän ja yksityisen yrityksen omistama yhteisyritys. Tällaiset sairaalat ja yhteistyösopimukset siirtyivät hyvinvointialueille. Tällaisia

on esimerkiksi Jokilaakson sairaala Jämsässä, jossa toimintaa toteuttaa Pihlajalinnan ja Keski-Suomen hyvinvointialueen omistama Jokilaakson Terveys Oy.

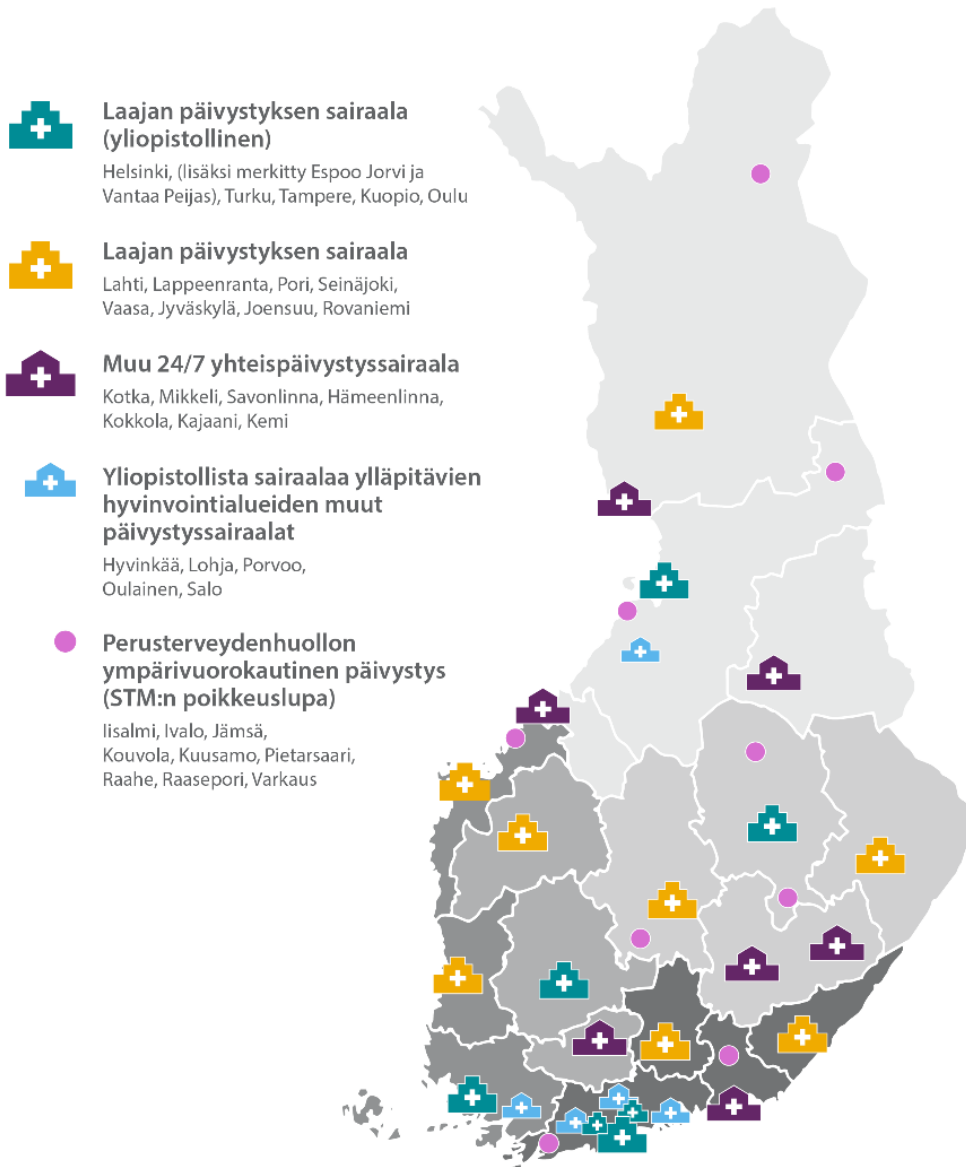
Terveystieteiden ja terveysministeriö voi myöntää hyvinvointialueelle luvan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämiseen, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla. Päivystysasetuksen 6 §:n mukaan järjestettäessä perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä tulee päivystysyksikkö sijoittaa sairaalaan, jossa virka-aikana on käytettävissä muiden erikoisalojen palveluita. Jos etäisyydet alueella ovat pitkiä, voidaan ympärivuorokautinen päivystys toteuttaa terveyskeskuksen päivystysyksikössä. Voimassa olevat luvat on myönnetty Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueelle (Raahe ja Kuusamo 31.12.2024 saakka), Lapin hyvinvointialueelle (Ivalo 31.12.2024 saakka), Kymenlaakson hyvinvointialueelle (Kouvola 31.12.2024 saakka), Pohjanmaan hyvinvointialueelle (Pietarsaari 31.12.2025 saakka), Pohjois-Savon hyvinvointialueelle (Varkaus ja Iisalmi 31.12.2025 saakka), Keski-Suomen hyvinvointialueelle (Jämsä 31.12.2024 saakka) sekä HUS-yhtymälle (Raasepori 31.12.2024 saakka). Kanta-Hämeen hyvinvointialueen aiemmin poikkeusluvalla ylläpitämä ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys Forssassa muuttui 1.1.2024 lukien ei-yläpöytähoitokautiseksi hyvinvointialueen omalla päätöksellä.

Alueellisten päätösten perusteella 2.9.2024 alkaen Raaseporissa ei ole enää ympärivuorokautista päivystystä, vaan sairaalassa toimii kiirevastaanotto klo 8-20. Raahen ympärivuorokautinen päivystys lakkaa hyvinvointialueen päätöksen myötä vuoden 2025 alusta ja korvautuu kello 22 saakka toimivalla vastaanotolla. Keski-Suomen hyvinvointialue on kesällä 2024 hakenut poikkeuslupaa Jämsän ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitoon vain 31.8.2025 saakka.

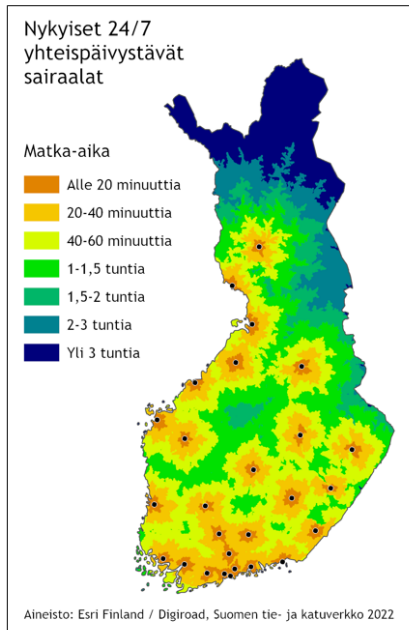
Nykyinen päivystystä ja erikoissairaanhoidon työnjakoa koskeva sääntely säädettiin lailla terveydenhuoltolain muuttamisesta 1516/2016 (HE 224/2016 vp) sekä sen nojalla annetulla päivystysasetuksella ja erikoissairaanhoidon keskittämisesetuksella. Sääntely tuli voimaan osin 1.1.2017, osin voimaan/sovellettavaksi 1.1.2018. Uudistuksen myötä säädettiin siis, että Suomessa on 12 ympärivuorokautista laajan päivystyksen yksikköä. Muissa keskussairaaloissa järjestetään siis ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, joka sisältää tavallisimmin tarvittavien erikoisalojen päivystyksen. Vuoden 2020 alusta vielä Vaasan sairaanhoitopiirille (nykyisin Pohjanmaan hyvinvointialue) annettiin velvoite järjestää laajan ympärivuorokautisen päivystys (laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 1214/2019, HE 38/2019 vp). Nykyään siis laajan ympärivuorokautisen yksiköitä on nyt 13, joista viisi on kaikkein vaativinta hoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita.

Kuva 1. Ympäri vuorokautisesti päivystävät sairaalat ja terveyskeskukset, syksy 2024. Kuvassa näkyy vielä Raasepori, jossa lakkasi yöaikainen päivystys 2.9.2024.

Päivystävät sairaalat ja terveyskeskukset, syksy 2024



Kuva 2. Nykyinen saavutettavuus väestön asuinpaikan mukaan 24/7 päivystäviin yhteispäivystyssairaaloihin.



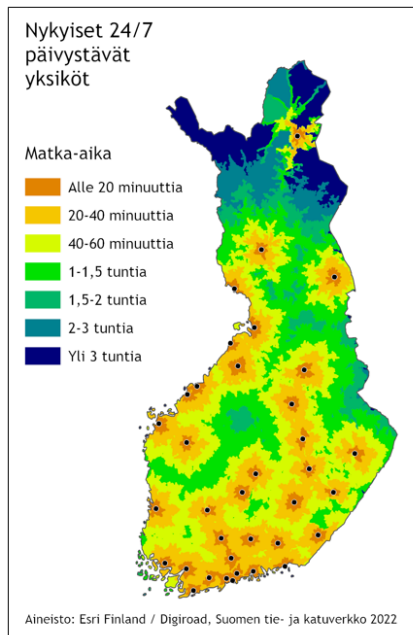
Nykyinen saavutettavuus 24/7 päivystäviin yhteispäivystyssairaaloihin

Mukana ei ole perusterveydenhuollon 24/7 yksiköitä

Matka-aika	Kumulatiivinen väestömäärä	Kumulatiivinen väestöosuus (%)
0 - 20 min	3561170	65,2
20 - 40 min	4658974	85,3
40 - 60 min	5198536	95,1
1 - 1,5 h	5403723	98,9
1,5 - 2 h	5432389	99,4
2 - 3 h	5455533	99,8
yli 3 h	5464848	100,0

Aineisto: Tilastokeskus, Väestöruutuaineisto 31.12.2022

Kuva 3. Saavutettavuus syksyllä 2024 väestön asuinpaikan mukaan kaikkiin 24/7 päivystysyksiköihin. Kuvan tiedoissa on vielä Raaseporin päivystys.

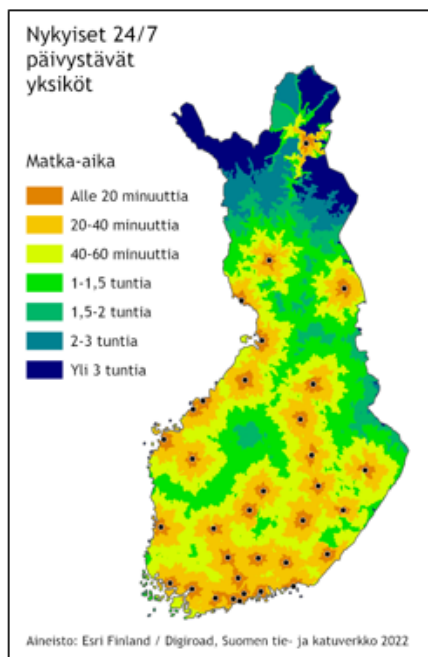


Saavutettavuus syksyllä 2024 kaikkiin 24/7 päivystysyksiköihin
Mukana yhteispäivystysyksiköt ja perusterveydenhuollon 24/7 yksiköt

Matka-aika	Kumulatiivinen väestömäärä	Kumulatiivinen väestöosuus (%)
0 - 20 min	3774277	69,1
20 - 40 min	4860905	88,9
40 - 60 min	5275460	96,5
1 - 1,5 h	5438396	99,5
1,5 - 2 h	5456549	99,8
2 - 3 h	5462995	100,0
yli 3 h	5464848	100,0

Aineisto: Tilastokeskus, Väestöruutuaineisto 31.12.2022

Kuva 4. Saavutettavuus keväällä 2025 väestön asuinpaikan mukaan kaikkiin 24/7 päivystysyksiköihin. Kuvasta on edelliseen kuvaan nähden poistettu Raaseporin ja Raahen päivystys.



Saavutettavuus keväällä 2025 kaikkiin 24/7 päivystysyksiköihin
Mukana yhteispäivystysyksiköt ja perusterveydenhuollon 24/7 yksiköt

Matka-aika	Kumulatiivinen väestömäärä	Kumulatiivinen väestöosuus (%)
0 - 20 min	3732461	68,3
20 - 40 min	4828450	88,4
40 - 60 min	5269853	96,4
1 - 1,5 h	5438396	99,5
1,5 - 2 h	5456549	99,8
2 - 3 h	5462995	100,0
yli 3 h	5464848	100,0

Aineisto: Tilastokeskus, Väestönuutaineisto 31.12.2022

2.1.3 Kiireellinen hoito ja päivystys

Yleistä

Edellä jaksossa 2.1.2. käsitellään sairaalasäätelyä ja sen osana päivystyssäätelyn rakenteita. Seuraavassa käydään läpi tarkemmin kiireellisen hoidon ja päivystyksen järjestämisen lainsäädäntöä.

Kiireellisen hoidon järjestäminen ja vastaanotto toiminta

Kiireellisestä hoidosta ja päivystyksen järjestämisestä säädetään terveydenhuoltolain 50 §:ssä. Pykälän 1 momentin mukaan kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyden hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan myös päihteiden käytöstä johtuvaa välitöntä vieroitushoidon tarvetta. Velvoite järjestää kiireellinen hoito asuinpaikasta riippumatta merkitsee, että hyvinvointialueella kiireellinen hoito on järjestettävä kaikille hoitoon hakeutuville, muiden hyvinvointialueiden asukkaiden lisäksi siis esimerkiksi

sellaisillekin ulkomaan kansalaisille, joilla ei ole lainsäädännön tai kansainvälisen sopimuksen perusteella oikeutta muuten saada terveyspalveluita Suomessa. Kyse on viime kädessä ihmisoikeussopimuksiin ja perustuslakiin sisältyvästä jokaisen oikeudesta elämään ja välttämättömään huolenpitoon ja eettisestä velvoitteesta auttaa hädässä olevaa ihmistä. Kiireellistä hoitoa saanut toisen hyvinvointialueen asukas voidaan siirtää oman hyvinvointialueensa yksikköön, kun hänen terveydentilansa sen sallii. Käytännössä kuitenkin pääosa hyvinvointialueen kiireellisiä palveluja käyttäviä on oman hyvinvointialueen asukkaita.

Terveydenhuoltolain 50 §:n 2 momentin mukaan kiireellisen hoidon antamista varten hyvinvointialueen on järjestettävä vastaanottotoiminta siten, että potilas saa arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon kiireellisissä tapauksissa lähellä asuinpaikkaansa, ellei potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellytä arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Hyvinvointialueen on järjestettävä terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanottotoiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Päivystysasetuksen 2 §:n mukaan hyvinvointialueen on huolehdittava siitä, että kiireellistä hoitoa on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina joko kiireettömän hoidon yhteydessä tai erillisessä päivystyksen toteuttamista varten suunnitellussa ympäri vuorokauden toimivassa päivystysyksikössä. Ympäri vuorokautinen päivystys on järjestettävä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä, ellei saavutettavuus- ja potilasturvallisuusnäkökohdista muuta johdu. Asetuksen 3 §:n mukaan kiireellisen hoidon vastaanottotoiminta on järjestettävä arkipäivisin ilmoitettuna aikana lähellä asukkaita paitsi, jos potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellyttää arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Kiireellisen hoidon vastaanottotoimintaa voidaan toteuttaa osana perusterveydenhuollon tavanomaista vastaanottotoimintaa tai yhteispäivystyksen yhteydessä. Kiireellisen hoidon vastaanottoa järjestävässä yksikössä tulee olla riittävät edellytykset taudinmääritykseen ja ohjeistus siitä, mihin potilas on tarvittaessa lähetettävä taudinmääritystä tai hoitoa varten sairauden niin vaatiessa. Palvelun järjestäjän tulee ohjata alueen väestöä siitä, milloin kyseistä kiireellisen hoidon vastaanottopalvelua on tarkoituksenmukaista käyttää.

Päivystysasetuksen 12 §:n mukaan päivystysyksikön vastaavan laillistetun lääkärin tai hammaslääkärin taikka hänen antamiensa ohjeiden mukaan muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön on ohjattava potilas hoidettavaksi joko päivystysyksikössä, toisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tai muulla tarkoituksenmukaisella tavalla. Ohjauksessa on otettava huomioon päivystysyksikössä noudatettavat kiireellisyysluokat ja arvioitava potilaan yksilöllinen hoidon tarve ja riski sairauden pahenemisesta tai vamman vaikeutumisesta. Hoitoon ohjaus voi tapahtua myös puhelimitse tai muulla vastaavalla tavalla.

Hyvinvointialueet ylläpitävät Päivystysapu 116117 -neuvontapalvelua, joka neuvoa äkillisissä terveysongelmissa. Päivystysavussa terveydenhuollon ammattilaiset antavat neuvoja siitä, edellyttääkö tilanne käynnin päivystyksessä. Päivystysavussa voidaan antaa myös itsehoito-ohjeita. Julkisomisteinen DigiFinland Oy koordinoi palvelun kansallista kehittämistä.

Päivystysasetuksen 12 §:n mukaan potilas on otettava hoidettavaksi päivystysyksikössä, jos hänen terveydentilansa ja toimintakykynsä sekä sairauden tai vamman ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen hoitoa ei voi kiireellisuuden vuoksi siirtää seuraavaan päivään tai viikonlopun yli tai jos kiireellisen hoidon toteutuminen muualla on epävarmaa. Potilas voidaan ohjata käyttämään terveyskeskuksessa virka-aikana annettavia palveluja tai muuhun hoitoyksikköön, jos käynnin voi siirtää lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein

potilaan terveydentilan tai toimintakyvyn vaarantumatta. Mielenterveys- ja päihdepalveluista on lisäksi täydentävää sääntelyä. Päivystysasetuksen 13 §:ssä veloitetaan huolehtimaan potilaan tarpeen mukaisesta jatkohoidon tai muun hoidon suunnittelemisesta tilanteen vaatimalla tavalla perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai muutoin sovittavalla tavalla.

Terveydenhuoltolain 7 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut kiireettömän hoidon perusteet 2019 (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2)³, aikuisten valtakunnalliset kiireellisen hoidon perusteet (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:19)⁴ sekä lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:18)⁵. Kiireellisen hoidon perusteet koskevat päivystyksellisen ja ei-päivystyksellisen hoidon rajapintaa. Kiireellisen hoidon perusteet sisältävät konkreettiset toimintasuositukset yleisissä hoitoon hakeutumisen tilanteissa siitä, millaisten oireiden perusteella asia hoidetaan hätätilanteena, päivystyksenä, kiireettömänä asiana taikka neuvonnan tai omahoidon keinoin. Terveydenhuoltolain 24 §:n 2 momentin mukaan sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti.

Päivystysyksiköihin kohdistuva sääntely ja erikoisalakohtaiset edellytykset

Päivystysasetuksen 4 §:ssä säädetään laajaan ympärivuorokautiseen päivystykseen kohdistetuista edellytyksistä. Pykälän mukaan laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikössä tulee olla akuuttilääketieteen, anesthesiologian ja tehohoidon, gastroenterologisen kirurgian, kardiologian, lastentautien, naistentautien ja synnytysten, neurologian, ortopedian ja traumatologian, psykiatrian, radiologian, sisätautien ja yleislääketieteen erikoisalojen kiireellisen hoidon ja päivystyksen edellytykset ja osaaminen sekä yöpäivystystä lukuun ottamatta hammaslääketieteen päivystys. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön tulee tukea muita päivystysyksiköitä. Kiireellisen hoidon antamista varten tulee olla tarvittava määrä osaavaa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä. Yksikössä tulee olla tarvittavat tilat, välineet ja laitteet potilaan taudinmäärittelyyn ja hoitoon sisältäen leikkaustoiminnan ja tehohoidon.

Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön tulee tukea muita alueen päivystysyksiköitä kiireellisen potilashoidon järjestämisessä. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikössä tulee olla riittävä valmius vastata erityistilanteista yhdessä muiden alueen päivystysyksiköiden kanssa. Yhteistyösopimuksessa tulee sopia laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiden erikoisalojen toiminnan laajuudesta, muiden yksiköiden tukemisesta ja varautumisesta erityistilanteisiin.

Päivystysasetuksen 5 §:ssä, joka koskee muita ympärivuorokautisia yhteispäivystysyksiköitä, ei 4 §:ää vastaavalla säädellä erikoisaloista, joita muissa kuin laajan päivystyksen yhteispäivystysyksiköissä tulee olla. Pykälän mukaan yhteistyösopimuksessa tulee sopia, minkä laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö tulee päivystävään sairaalaan

³ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161496>

⁴ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162340>

⁵ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162339>

muodostaa. Sopimuksessa on otettava huomioon alueen väestön tarve, palvelujen saavutettavuus, päivystysyksiköiden väliset etäisyydet ja väestön kielelliset tarpeet.

Päivystysasetuksen 6 §:n mukaan järjestettäessä terveydenhuoltolain 50 §:n 5 momentissa tarkoitettua perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä tulee päivystysyksikkö sijoittaa sairaalaan, jossa virka-aikana on käytettävissä muiden erikoisalojen palveluita. Jos etäisyydet alueella ovat pitkiä, voidaan ympärivuorokautinen päivystys toteuttaa terveyskeskuksen päivystysyksikössä. Yksikössä tulee olla mahdollisuus taudinmäärittystä varten tarvittaviin laboratoriotutkimuksiin ja kuvantamiseen kaikkina vuorokauden aikoina sekä etälääketieteen avulla mahdollisuus konsultoida ympärivuorokautisen laajan päivistyksen tai yhteispäivistyksen yksikköä. Mahdollisuus siirtää potilas nopeasti ympärivuorokautiseen laajan päivistyksen tai yhteispäivistyksen yksikköön tulee varmistaa.

Terveydenhuoltolain 50 §:n 6 momentin mukaan päivystävissä yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystysasetuksen 7 §:n mukaan päivystysyksikön käytössä on oltava moniammatillinen henkilökunta, jolla on riittävä koulutus ja työkokemus ja joka tuntee alueen olosuhteet ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden. Lisäksi päivystysyksikössä on oltava saatavilla virkasuhteessa hyvinvointialueeseen tai Uudellamaalla HUS-yhtymään oleva laillistettu lääkäri niiden päätösten tekemistä varten, jotka edellyttävät virkavastuulla toimimista.

Päivystysasetuksen 9 §:n mukaan päivystysyksikön käytössä on oltava riittävät kuvantamis- ja laboratoriopalvelut potilaan tutkimusta, hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa varten. Päivystysyksikön on voitava tarvittaessa saada lausunto radiologian erikoislääkäriltä tai radiologiaan perehtyneeltä lääkäriltä. Lausunto voidaan hankkia teleradiologisen etäkonsultaation avulla. Päivystyksellistä leikkaustoimintaa toteuttavassa sairaalassa on oltava nopeasti saatavilla radiologian erikoislääkäri tai radiologiaan perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus konsultoida radiologian erikoislääkäreitä. Etäkonsultaatioiden ja toimenpideradiologian päivistyksen järjestämisestä on sovittava yhteistyösopimuksessa. Synnytys- ja leikkauksia tekevässä yksikössä on oltava mahdollisuus välittömään verensiirtoon ja sen tekemisen edellyttämiin tutkimuksiin. Päivystysyksikön on varmistettava lääkehuollon toteuttaminen päivystysaikana sekä päivistyksen erityistilanteissa. Asetuksen 14 §:ssä säädetään alaikäisten, iäkkäiden henkilöiden ja päihtyneiden henkilöiden hoitoon liittyvistä toimintamalleista.

Päivystysasetuksen 2 luvussa säädetään tiettyjen erikoisalojen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Asetuksen 18 §:ssä säädetään synnytystoiminnan ja lastentautien edellytyksistä. Pykälän 1 momentin mukaan hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän on huolehdittava, että synnytys- ja leikkauksia tekevässä ympärivuorokautisesti päivystävässä sairaalassa hoidetaan vähintään noin 1 000 synnytystä vuodessa. Terveydenhuoltolain 50 §:n 7 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella säädetään synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa kyseisistä edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Voimassa olevat poikkeusluvat on myönnetty Lapin hyvinvointialueelle (Rovaniemi 31.12.2027 ja Kemi 31.12.2025 saakka) sekä Etelä-Karjalan (Lappeenranta), Etelä-Savon (Mikkeli) ja Kainuun (Kajaani) hyvinvointialueelle kaikille 31.12.2027 saakka.

Päivystysasetuksen 18 §:n 2 momentin mukaan synnytys- ja leikkauksia tekevässä sairaalassa on oltava:

1) kiireellisen hoidon antamiseen tarvittava määrä kättilöitä ja leikkausta avustavaa henkilökuntaa sekä tarvittavat tilat, välineet ja laitteet;

2) välitön valmius ympärivuorokautiseen leikkaushoitoon ja leikkauksen jälkeiseen seurantaan;

3) välitön valmius sikiön voimien seurantaan sekä lapsen ja äidin hoidon tarpeen arviointiin, tarvittavaan välittömään hoitoon, tehostettuun valvontaan sekä hoidon edellyttämiin laboratoriotutkimuksiin ja verensiirtoihin;

4) välittömästi saatavilla naistentautien ja synnytysten sekä anestesiologian erikoislääkärit tai synnytysten hoitoon ja anestesiologiaan hyvin perehtyneet lääkärit;

5) nopeasti saatavilla lastentautien ja soveltuvan kirurgisen erikoisalan erikoislääkäri tai näiden erikoisalojen hoitoon hyvin perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella hoidosta erikoislääkärin kanssa.

Erityisedellytyksiä asetetaan myös sisätautien ja kardiologian (15 §), neurologian (16 §), leikkaustoiminnan (17 §), sekä suun terveydenhuollon (20 §) osalta.

Sosiaalipäivystys

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 29 ja 29 a §:ssä säädetään sosiaalipäivystyksestä. Sosiaalipäivystys on järjestettävä ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välttämättömän avun turvaamiseksi kaiken ikäisille. Päivystys on toteutettava siten, että palveluun voi saada yhteyden ympäri vuorokauden ja kiireelliset sosiaalipalvelut voidaan antaa siten kuin sosiaalihuoltolaissa tai muussa laissa säädetään. Päivystävissä yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta palvelun laatu ja asiakasturvallisuus toteutuvat. Sosiaalipäivystystä toteutettaessa on toimittava yhteistyössä ensihoitopalvelun, terveydenhuollon päivystyksen, pelastustoimen, poliisin, hätäkeskuksen ja tarpeen mukaan muiden toimijoiden kanssa. Sosiaalipäivystystä on järjestettävä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa ja 4 momentissa tarkoitetun yhteispäivystyksen yhteydessä.

Sosiaalipäivystys toteuttaa psykososiaalista tukea kiireellisissä tilanteissa yhdessä terveydenhuollon kanssa. Sosiaalipäivystys vastaa kiireellisissä tilanteissa psykososiaalisen tuen ensivaiheen johtamisesta ja yhteen sovittamisesta. Terveydenhuoltolain 50 a §:n säädetään terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyöstä. Kiireellisen hoidon edellyttämän arvion yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava, onko potilaalla ilmeinen sosiaalihuollon tarve. Jos tarve on ilmeinen, potilas on ohjattava hakemaan sosiaalipalveluja, tai suostumukseen perustuen on otettava yhteyttä hyvinvointialueen sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, jotta sosiaalihuollon ammattihenkilö arvioi palvelutarpeen. Pykälässä säädetään myös terveydenhuollon ammattihenkilön veloitteesta tehdä ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle.

2.1.4 Synnytykset Suomessa

Tilastotietoa synnytyksistä

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella on kattava tilastotieto synnyttäjistä, synnytyksistä ja vastasyntyneistä vuodesta 1987 alkaen⁶. Tuoreimmat tilastotiedot ovat vuodelta 2022⁷, ja lisäksi heinäkuussa 2024 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi ennakkotietoja vuodelta 2023.

Vuonna 2022 Suomessa syntyi 45 186 lasta. Syntyneiden lasten määrä on laskenut vv. 2012–2019. Vuosien 2020–2021 pienen kasvun jälkeen syntyvyyden lasku jatkui vuonna 2022. Vuoteen 2012 verrattuna on synnytysten määrä vuonna 2022 vähentynyt 14 450 synnytyksellä eli 25 prosentilla. Synnyttäjien keski-ikä on noussut vähitellen. Vuonna 2022 kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 31,7 vuotta ja ensisynnyttäjien keski-ikä 30,1 vuotta. Vuoden 2023 ennakkotietojen mukaan vuonna 2023 Suomessa syntyi 43 705 lasta, mikä on yli 3 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2022, eli syntyvyys laski edelleen.

Kokonaishedelmällisyysluku eli naisen laskennallinen lasten kokonaismäärä oli 1,32 vuonna 2022. Hyvinvointialueiden välillä on eroja. Eniten synnytyksiä naista kohden on Keski-Pohjanmaan, Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan alueella (vaihteluväli 44,1–46,5 synnytystä jokaista tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohti) vuonna 2022. Vastaavasti vähiten synnytyksiä tuhatta naista kohden oli Kymenlaakson, Etelä-Savon ja Pohjois-Karjalan hyvinvointialueilla (vaihteluväli 32,6–34,0).

Suurin osa naisista synnyttää oman kotikuntansa alueen synnytyssairaalassa. THL:n tilastojen mukaan vuonna 2022 vain 5,4 prosenttia synnytti muussa kuin oman sairaanhoitopiirinsä sairaalassa. Syitä synnyttää muussa sairaalassa ovat riskiraskauksien synnytysten keskittäminen tiettyihin sairaaloihin sekä äidin ja perheen oma valinta. Tiettyt sairaalat, muun muassa Kainuun keskussairaala, ovat aktiivisesti rekrytoineet synnyttäjiä omaan sairaalaansa lähialueilta.

Eniten synnytyksiä oman alueen sairaalan ulkopuolella oli v. 2022 Vaasan sairaanhoitopiirin (30,4 % synnytyksistä), Pohjois-Pohjanmaan (18,2 %), Kanta-Hämeen (10,5 %) ja Etelä-Savon (10,0 %) osalta. Vastaavasti eniten muilta alueilta olevien synnytyksiä oli v. 2022 Keski-Pohjanmaan (yhteensä 844 synnytystä eli 55,8 % sairaalan synnytyksistä), Kainuun (yhteensä 336 synnytystä eli 44,9 %) ja Kymenlaakson (yhteensä 283 synnytystä eli 25,2 %) sairaaloissa.

Vuosina 2010–2018 synnytystoiminta loppui yhdeksästä yksiköstä eli Tammisaaresta (v. 2011), Raahesta (v. 2012), Vammalasta (v. 2014), Pietarsaaresta (v. 2014), Savonlinnasta (v. 2015), Salosta (v. 2016), Porvoosta (v. 2016), Kätilöopistolta (v. 2018) ja Oulaskankaalta (v. 2019). Vuosittaisista tilastoista vv. 2010–2022 on nähtävissä, että synnytysyksiköiden lakkautuessa eivät kaikki synnyttäjät ole siirtyneet oman alueen sairaalaan vaan sairaanhoitopiiriin / hyvinvointialueen rajat ylittäen naapurialueille. Mikäli tarkastellaan vain sairaalaan omalta alueelta tulevien synnyttäjien määrää, putoaisi Keski-Pohjanmaan synnytysten määrä noin 670:een, Kainuun 410:een ja Kymenlaakson 840:een, siis ilman muilta alueilta tulleita synnyttäjiä.

Synnytyksistä 99,2 prosenttia tapahtui sairaaloissa. Suunniteltuja kotisynnytyksiä oli syntyneiden lasten rekisteriin tulleiden ilmoitusten mukaan 109 vuonna 2022 (118 vuonna 2021). Vuonna 2022 kaikista synnytyksistä matkalla sairaalaan tapahtui 92, mikä on 10 synnytystä vähemmän kuin vuonna 2021. Muista syistä suunnittelemattomia sairaalan ulkopuolisia synnytyksiä oli 119, kun vuonna 2021 vastaavia synnytyksiä oli 105. (Kuvio 1.). Matkalla sairaalaan tapahtuvia synnytyksiä on mahdollista ehkäistä hyvällä äitiyshuollolla,

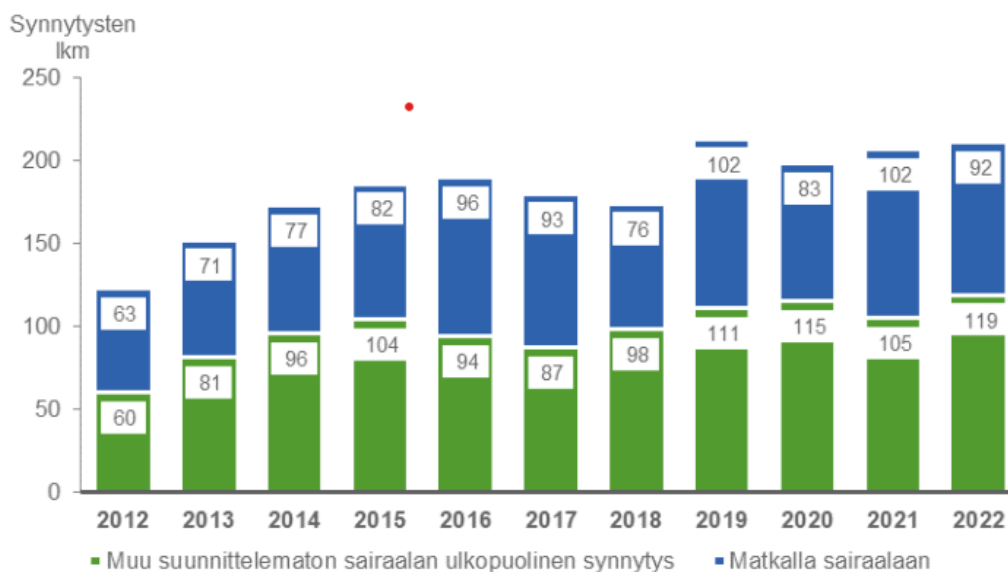
⁶ <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>

⁷ <https://www.julkari.fi/handle/10024/147689>

perheiden ja naisten informoinnilla sekä potilashotellitoiminnalla, jolloin synnytyksen lähestyessä siirrytään odottelemaan lähelle synnytyssairaalaa.

Kuvio 1. Suunnittelematon sairaalan ulkopuolinen synnytys vuosina 2012–2022. Lähde: THL Perinataalilasto: synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2022⁸

Kuvio 3. Suunnittelematon sairaalan ulkopuolinen synnytys vuosina 2012–2022



Pohjoismaiset perinataalilastot 2020 -julkaisun⁹ mukaan Suomen syntyvyys on Pohjoismaiden matalin ja eurooppalaista keskiarvoa matalampi. Islannissa ja Ruotsissa syntyvyys puolestaan oli yhä Euroopan korkeampia. Vertailutiedon vuodelta 2020 mukaan Suomen luku 1,37 oli alempi kuin muissa Pohjoismaissa eli Ruotsissa (1,66), Tanskassa (1,67), Norjassa (1,48) ja Islannissa (1,72).

Kuolleena syntyneiden ja synnytyksessä tai heti vastasyntyneenä kuolleiden vauvojen osuus on ollut Suomessa matala ja vastannut muiden Pohjoismaiden tasoa. Luvut ovat maailman pienimpiä. Tämä kuvaa äitiyshuollon ja synnytystoiminnan korkeaa tasoa.

Synnytyssairaaloita on suljettu kuluneen vuosikymmenen aikana kaikissa Pohjoismaissa. Sairaalakohmainen synnytysten määrä on viimeisen vuosikymmenen aikana kasvanut kaikissa Pohjoismaissa. Suhteutettuna vuosittaisen synnytysten määrään, Tanskassa ja Ruotsissa on eniten synnytyksiä sairaalaa kohti (keskimäärin noin 2 600 synnytystä).

Synnytysten toteuttamisen edellytykset ja synnytyssairaalaverkko

⁸ <https://www.julkari.fi/handle/10024/147689>

⁹ <https://www.julkari.fi/handle/10024/144263>

Äidin ja lapsen potilasturvallinen ja asiakaslähtöinen hoito edellyttää erittäin mittavan yhtä aikaa läsnä sairaalassa tai sinne nopeasti saatavilla olevan ammattilaisten resurssin ja moniammatillisen tiimin. Näin pystytään varmistamaan riittävä synnytyksen kulun seuranta sekä hoitamaan synnytys ja siihen liittyvä kivunlievitys ja muu tuki sekä äidin ja vauvan jälkihoito poikkeavissakin tilanteissa.

Synnytysten hoitamisen sairaalakohtaisista edellytyksistä on säädetty päivystysasetuksessa. Sääntelyä on kuvattu jaksossa 2.1.3. Potilasturvallisuuden vuoksi sairaalassa on oltava ympärivuorokautisesti saatavilla gynekologin, anestesiologin, lastenlääkärin ja kirurgian erikoislääkärit sekä kättilöitä, anestesiahoitajia/instrumenttihoitajia ja laboratoriohoitajia. Lisäksi tarvitaan mahdollisuus vuodeosasto- ja äidin ja vastasyntyneen tehovalvontahoitoon ja kuvantamiseen sekä niiden toteuttamiseksi edellyttämä henkilökunta.

Synnytysten sairaalakohtaisen lukumäärää vähintään noin tuhat synnytystä vuodessa on arvosteltu tieteelliseen näyttöön perustumattomaksi. Pienemmälläkin määrällä vuosittaisia synnytyksiä voidaan päästä hyviin tuloksiin, mikäli synnyttäjien valinnassa onnistutaan, riskiraskaudet keskitetään ajoissa isompiin yksiköihin ja mikäli pienemmissä sairaaloissa kyetään ylläpitämään ympärivuorokautisesti yllä kuvattu moniammatillinen henkilöresurssi. Muun muassa Norjassa on kättilövetoisia synnytystupia, joissa hoidetaan synnytyksiä, joissa ei ennakoida ilmaantuvan riskiä, vaikka saatavilla ei olekaan esimerkiksi lääkäri työvoimaa. Suomessa ei kuitenkaan ole toistaiseksi merkittävässä määrin ollut näkemyksiä, että synnytysten hoidon toteuttamisen edellytyksiä julkisesti järjestetyssä terveydenhuollossa lievennettäisiin esimerkiksi vaadittavan henkilöstön, diagnostiikka- ja jatkohoidon mahdollisuuksien osalta.

Mikäli vuosittainen synnytysten määrä sairaalassa merkittävästi pienenee, on synnytysten toteuttamisen edellyttämä osaajaresurssi suuren osan ympärivuorokautista toimintaa ns. varallaolossa ilman, että yhtään synnytystä tapahtuu suuressa osassa työvuoroja. Jos varallaoloresurssia ei pystytä hyödyntämään muuhun toimintaan, on tehokkuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen vaikea päästä. Tämä nostaa synnytysten hoitamisen hintaa.

Suomessa on 23 synnytyssairaalaa. Vuonna 2022 keskimäärin synnytyssairaaloissa oli 1 934 synnytystä (vaihteluväli 246–8208). Useampi kuin joka neljäs (27,9 %) lapsi syntyi HYKS:n sairaaloissa (Naistenklinikka ja Jorvin sairaala) ja joka kolmas (35,0 %) HUS:n sairaanhoitopiiriin sairaaloissa (Naistenklinikka, Jorvi, Hyvinkään ja Lohjan sairaalat). Viidessä hyvinvointialueen sairaalassa oli vuonna 2022 alle tuhat synnytystä, mikä on vuonna 2015 asetettu raja synnytystoiminnalle: Etelä-Karjalan keskussairaala (Lappeenranta), Lapin keskussairaala (Rovaniemi), Länsi-Pohjan keskussairaala (Kemi), Kainuun keskussairaala (Kajaani) ja Mikkelin keskussairaala. Lisäksi alle tuhat synnytystä on Ahvenanmaan keskussairaalassa (Maarianhamina), jota terveydenhuoltolaki ja päivystysasetus eivät koske.

Vuoden 2023 ennakkotietojen mukaan vuonna 2023 reilu kolmannes (35,6 %) lapsista Suomessa syntyi Uudellamaalla Naistenklinikalla ja Jorvin, Hyvinkään ja Lohjan sairaaloissa (HUS:n sairaalat). Synnytysten määrä väheni vuonna 2023 valtaosassa sairaaloita. Synnytysten määrä kasvoi Hyvinkään sairaalassa (+3,3 %), Kemin keskussairaalassa (+2,3 %), Kokkolan keskussairaalassa (+1,2 %), Ahvenanmaan keskussairaalassa (+0,4 %) ja Lohjan sairaalassa (+0,2 %). Edellä mainittujen kuuden sairaalan, jossa oli vuonna 2022 alle tuhat synnytystä, lisäksi Pohjois-Karjalan keskussairaalassa (Joensuu) sairaalassa synnytykset putosivat alle tuhanteen vuonna 2023.

Legend:

- Synnytyksiä vähintään 1 000
- Synnytyksiä alle 1 000

Synnytyssairaalat 2023.

Taulukko 1. Synnytykset sairaaloittain 2013–2023* Lähde: THL, ennakkotiedot Perinataalilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2023 -tilastosta

Litetaulukko 3. Synnytykset sairaaloittain¹⁾ 2013–2023*

Sairaalat	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
HYKS, yhteensä	14 358	14 294	13 974	13 591	13 513	13 038	12 742	12 841	13 773	12 444	12 141
Naistenklinikka	3 310	2 426	2 576	2 624	5 920	8 959	8 541	8 549	9 209	8 203	7 925
Jorvin sairaala, Espoo	3 893	3 842	3 897	3 697	3 447	4 079	4 201	4 292	4 564	4 241	4 216
Turun yliopistollinen sairaala	4 043	4 139	4 038	4 213	4 057	3 843	3 704	3 805	4 156	3 802	3 578
Kuopion yliopistollinen sairaala	2 417	2 381	2 418	2 279	2 141	2 084	1 905	1 894	1 984	1 816	1 705
Oulun yliopistollinen sairaala	4 280	4 100	3 914	3 614	3 445	3 248	3 309	3 433	3 413	3 139	2 976
Tampereen yliopistollinen sairaala	5 213	5 337	5 268	4 991	4 703	4 419	4 302	4 280	4 671	4 245	4 124
Etelä-Karjalan KS, Lappeenranta	1 085	1 097	1 091	1 005	965	859	808	787	771	767	707
Keski-Suomen KS, Jyväskylä	2 868	2 830	2 662	2 513	2 273	2 142	2 037	2 052	2 144	1 959	1 904
Pohjois-Karjalan KS, Joensuu	1 547	1 567	1 504	1 463	1 304	1 236	1 093	1 136	1 147	1 027	977
Vaasan KS	1 377	1 446	1 372	1 380	1 254	1 175	1 145	1 133	1 186	1 052	1 050
Ålands centralsjukhus	278	255	269	279	271	260	252	243	281	246	247
Kanta-Hämeen KS, Hämeenlinna	1 652	1 622	1 441	1 388	1 348	1 235	1 166	1 177	1 218	1 143	1 075
Länsi-Pohjan KS, Kemi	628	591	553	547	518	506	422	444	394	389	398
Lapin KS, Rovaniemi	1 191	1 100	1 054	1 035	961	859	928	910	996	902	848
Mikkelin KS	827	788	888	864	822	732	648	653	694	640	638
Satakunnan KS, Pori	2 062	2 017	1 928	1 852	1 754	1 564	1 481	1 472	1 573	1 413	1 346
Kymenlaakson KS, Kotka	1 473	1 409	1 389	1 353	1 429	1 359	1 233	1 243	1 303	1 147	1 018
Keski-Pohjanmaan KS, Kokkola	1 342	1 502	1 507	1 519	1 477	1 392	1 652	1 740	1 643	1 529	1 548
Kainuun KS, Kajaani	714	702	601	636	560	508	567	664	816	762	733
Etelä-Pohjanmaan KS, Seinäjoki	2 056	2 058	2 032	1 939	1 806	1 607	1 577	1 475	1 601	1 420	1 376
Päijät-Hämeen KS, Lahti	1 907	1 879	1 835	1 749	1 672	1 588	1 438	1 527	1 588	1 444	1 330
Lohjan sairaala	999	972	959	1 107	1 099	1 018	1 042	1 157	1 415	1 188	1 190
Hyvinkään sairaala	1 815	1 842	1 843	1 827	1 852	1 802	1 783	1 874	2 162	1 962	2 027
Muut synnytykset ²⁾	28	30	46	48	61	73	44	94	138	153	185
Yhteensä³⁾	57 728	57 019	55 007	52 870	50 151	47 272	45 279	46 034	49 069	44 589	43 121

* Ennakkotieto

1) Sairaalaikohtaiset tiedot sisältävät sairaalasyntysten lisäksi matkasynnytykset ja suunnittelemattomat sairaalan ulkopuoliset synnytykset.

Suunnitellut kotisynnytykset on poistettu sairaalakohtaisista tiedoista taannehtivasti kaikilta vuosilta vuoden 2023 tilastossa.

2) Suunnitellut kotisynnytykset, synnytykset, joista ei tiedetä, onko sairaalan ulkopuolinen synnytys ollut suunniteltu vai suunnittelematon, ja synnytykset, joiden synnytyspaikkatieto puuttuu.

3) Taulukossa on eritelty ne sairaalat, joissa on ollut synnytystoimintaa vuonna 2023.

Yhteensä -luku sisältää myös ne synnytykset, jotka ovat tapahtuneet sairaaloissa, joiden synnytystoiminta on sittemmin lakkautettu.

Voimassa olevat poikkeusluvat synnytysten hoitamiseksi on myönnetty Lapin hyvinvointialueelle (Rovaniemi 31.12.2027 saakka ja Kemi 31.12.2025 saakka) sekä Etelä-Karjalan (Lappeenranta 31.12.2027 saakka), Etelä-Savon (Mikkeli 31.12.2027 saakka) ja Kainuun (Kajaani 31.12.2027 saakka) hyvinvointialueelle.

2.1.5 Ensihoitopalvelu ja lääkärihelikopteritoiminta

Ensihoitopalvelu

Terveystieteiden lain 39 §:n mukaan hyvinvointialueen ja Uudellamaalla HUS-yhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan kotona annettavat päivystykselliset lähipalvelut yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä

voivat tuottaa ensihoitopalvelun joko omana tuotantonaan tai hankkia sitä yksityiseltä palveluntuottajalta järjestämislain 12 §:ssä säädetyn edellytyksin ja rajoituksin.

Terveystieteidenhuoltolain 40 §:n mukaan ensihoitopalveluun kuuluu äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi ja kiireellinen hoito ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella, tarvittaessa potilaan kuljettaminen lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaisimpaan hoitoyksikköön ja äkillisesti sairastuneen tai vammautuneen potilaan jatkohoitoon liittyvät siirrot, silloin kun potilas tarvitsee siirron aikana vaativaa ja jatkuvaa hoitoa tai seuranta. Lisäksi ensihoitoon kuuluu ensihoitovalmiuden ylläpitäminen, ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin, osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen sekä virka-apun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

Terveystieteidenhuoltolain 39 §:n mukaan hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä tekevät ensihoidon palvelutasopäätökset. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytetty koulutus, yhteistyöalueen ensihoitokeskuksen valmistelemat tavoitteet ajasta, jossa väestö tavoitetaan, ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu toteutetaan tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti ja siinä otetaan huomioon ensihoidon ruuhkatilanteet sekä yhteistyöalueen resurssit. Lain 40 §:n mukaan hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä voivat päättää palvelutasopäätöksessä ensivastetoiminnan sisällyttämisestä osaksi ensihoitopalvelua. Ensivastetoiminnalla tarkoitetaan hätäkeskuksen kautta hälytettävissä olevan muun yksikön kuin ambulanssin hälyttämistä äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan tavoittamisviiveen lyhentämiseksi ja yksikön henkilöstön antamaa hätäensiapua, joka on määritelty ensihoidon palvelutasopäätöksessä. Ensihoitopalvelusta annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (585/2017, *ensihoidonasetus*) hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle annetaan tehtäväksi seurata ja tuottaa tunnuslukuja erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen, aluehallintoviraston, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston sekä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön palvelutasopäätöksen toteutumisen ja toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi.

Hyvinvointialueiden pelastustoimi ja sopimuspalokunnat tuottavat ensivastetoimintaa, samoin kuin lisäksi muun muassa Suomen Punainen Risti ja Rajavartiolaitos. Ensivastetoiminnalla tarkoitetaan sitä, että potilaan luokse lähetetään lähin mahdollinen yksikkö, joka kykenee aloittamaan välittömät toimenpiteet potilaan peruselintoimintojen turvaamiseksi, antamaan tehostettua ensiapua, arvioimaan potilaan tilan ja raportoimaan tilanteesta eteenpäin. Ensivasteyksikkö kuljettaa potilasta vain poikkeustapauksissa.

Järjestämislain 36 §:n, terveydenhuoltolain 46 §:n ja ensihoidonasetuksen nojalla hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän on ylläpidettävä ensihoitokeskusta siten, että niillä on yksi yhteistyöalueita kohden. Ensihoitokeskuksen tehtävät liittyvät toimintojen suunnitteluun, yhteensovittamiseen ja ohjeistamiseen. Ensihoidonasetuksessa säädetään tarkemmin ensihoitopalvelun ja ensihoidon tehtävistä, palvelutasopäätöksen sisällöstä, ensihoitopalvelun riskialueista, ensihoidon tehtäväkiireellisyysluokista, johtamisjärjestelmästä ja kenttäjohtajasta. Asetuksessa säädetään myös ensihoitopalvelun yksiköistä. Ensihoitopalvelun yksiköllä tarkoitetaan ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä. Ensihoitopalvelun yksiköitä ovat ambulanssien lisäksi erilaiset ensihoidonajoneuvot ja lääkäri- ja lääkinthelikopterit sekä muut tarpeelliset kulkuneuvot. Asetuksessa määritetään myös ensihoitopalvelun yksiköiden henkilöstön vähimmäiskoulutus.

Sisäministeriön hallinnonalaan kuuluva ja sisäministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhdessä toiminnallisesti ohjaama Hätäkeskuslaitos vastaa valtakunnallisen hätänumeroon (112) tuleviin hätäilmoituksiin, arvioi avun tarpeen ja hälyttää tarvittavat viranomaiset, mukaan lukien ensihoitopalvelun. Hätäkeskuslaitos välittää ensihoitopalvelulle yli 800 000 tehtävää vuodessa, mikä on yli puolet kaikista hälytyksistä viranomaisille (taulukko 2). Eniten hätäkeskuksen välittämiä tehtäviä suhteessa väestöön on Pohjois- ja Itä-Suomessa (kuvio 2). Yksi tehtävä voi sisältää yhden tai useamman ensihoitoyksikön (ambulanssin, kenttäjohtoyksikön, lääkärihelikopterin tai ensivasteyksikön). Ensihoitopalvelun vuosittaiset tehtävämäärät ovat pääsääntöisesti kasvaneet viimeisten 10–15 vuoden aikana. Yhtenä merkittävä syynä siihen ilmiöön on ikääntyneen väestön määrän kasvu, ja sen myötä tulevat akuutit terveysongelmat. Toisaalta ensihoitopalveluun kohdistuu häiriökysyntää väestön soittaessa hätänumeroon 112 myös muissa kuin kiireellisen ja henkeä uhkaavan avun tarpeissaan, jollaisiin löytyisi paremmin kohdistuvaa apua, esimerkiksi terveydenhuollon neuvonta- ja ohjauspalvelu Päivystysapu 116117:n kautta. Terveydenhuoltoa ja ensihoitopalvelua koskevien hätäilmoitusten käsittelyyn on olemassa valtakunnallinen tehtävänkäsittelyohje, jota täydentävät alueelliset vastuuviranomaisten antamat hälytysohjeet. Riskinarvio perustuu avuntarvitsijan oireisiin ja tapahtumatietoihin.

Taulukko 2. Hätäkeskuslaitoksen viranomaisille välittämät tehtävämäärät vuodesta 2015 lähtien. Yksi tehtävä voi sisältää yhden tai useita hälytysyksikköä, kuten esimerkiksi ambulansseja. Lähde: Hätäkeskuslaitos.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensihoito	756 939	776 341	792 982	802 974	800 525	779 646	828 969	861 123	823 288
Poliisi	526 506	509 918	518 862	513 236	515 615	527 740	513 328	498 066	504 177
Pelastus	71 363	73 864	72 964	79 098	85 597	85 253	85 373	82 195	84 416
Sosiaali	23 063	28 216	39 282	45 494	52 646	53 388	61 125	66 771	89 209
Yhteensä	1 377 871	1 388 339	1 424 090	1 440 802	1 454 383	1 446 027	1 488 795	1 508 155	1 501 090

Kuvio 2. Ensihoitopalvelun hälytykset sairaanhoitopiireittäin 2020. Lähde: STM&SM: Selvitys ensihoitopalvelusta, NHG 2021.



Suomessa on normaalioloissa ensihoitoyksiköitä valmiudessa varsinaiseen ensihoitopalveluun yhteensä noin 600 kappaletta. Suurin osa niistä toimii jatkuvalla periaatteella eli ympäri vuorokauden ja ns. hoitotasolla eli ambulanssin henkilöistä vähintään toinen on ensihoitaja-AMK tai ensihoidon lisäkoulutuksen saanut sairaanhoitaja. Hoitotason ensihoitoyksikön henkilöstö pystyy tekemään kattavia hoidon tarpeen arviointeja sekä antamaan vaativiakin hoitoja. Ensihoitajat pyytävät tarvittaessa hoito-ohjeet ensihoidon ja sairaaloiden päivystäviltä lääkäreiltä. Enenevästi potilas hoidetaan jo kohteessa ilman, että häntä tarvitsee erikseen kuljettaa hoitoon sairaalaan tai päivystysyksikköön, alueesta riippuen 40–50 prosenttia potilaista ei tarvitse kuljetusta päivystykseen. Ensihoitopalvelun rinnalla käytetään myös yksiköitä, jotka eivät pääsääntöisesti kuljeta potilaita. Näitä ovat kenttäjohtajayksiköt, yhden hengen arviointiyksiköt ja lääkäriyksiköt.

Ensihoitopalvelu on muuttunut viime vuosikymmeninä sairaiden kuljetuksesta yhä tiiviimmäksi osaksi terveydenhuollon päivystysprosessia, jossa keskiössä ei ole potilaan kuljetus terveydenhuollon toimintayksikköön, vaan potilaiden hoidon tarpeen arviointi, ensihoidon aloittaminen, ja tarpeen mukaisesti joko potilaan kuljettaminen varsinaiseen hoitoon tai potilaan ohjaaminen muun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen pariin. Muutokset ovat parantaneet koko hoitoketjun tuottavuutta, laatua, potilasturvallisuutta ja sitä kautta myös vaikuttavuutta. Muutosta on edesauttanut ensihoitajien osaamisen, ensihoitoyksiköiden välineistön, ja lääkärin etäohjaus- ja konsultointimahdollisuuksien parantuminen. Ensihoitopalvelu toimii lisäksi tiiviissä yhteistyössä moniviranomaistehtävissä muun muassa poliisin, pelastustoimen ja Rajavartiolaitoksen kanssa. Rajavartiolaitos tuottaa ensihoidon tukipalvelua erityisesti merisaaristoalueilla.

Kaikki potilaiden kuljetukset ambulanssilla eivät kuulu ensihoitopalveluun. Suunnitelluista potilaiden matkoista terveydenhuollon toimintayksikköön osa joudutaan toteuttamaan ambulanssilla potilaan terveydentilan ja toimintakyvyn vuoksi, vaikka kyseessä ei ole kiireellinen tai ensihoitopalveluun kuuluva toiminta. Ambulanssilla voidaan lisäksi kuljettaa toimintayksikköön sisään kirjattu potilas toisessa toimintayksikössä annettavaa hoitoa varten. Siirtokuljetuksista säädetään terveydenhuoltolain 73 §:ssä.

Hyvinvointialueiden rahoitusvastuu koostuu nykytilanteessa ensihoitopalvelun järjestämisen kustannuksista, kuten johtamisesta, ohjaamisesta, koordinoinnista, valmiuden ja varautumisen suunnittelusta, valmiuden ylläpidosta, ensihoitolääkäritoiminnasta sekä lisäksi tiettyjen sairausvakuutuslain perusteella korvaamatta jäävien tehtävien kustannuksista. Kela korvaa sairausvakuutuslakiin ja sairaankuljetuksen kustannusten korvaustaksasta annetun valtioneuvoston asetukseen (490/2018, uusimmat taksamuutokset 1114/2023) perustuen ensihoitopalveluun kuuluvia ambulanssikuljetuksia ja lisäksi lääkärihelikoptereiden ja saaristoveneiden kuljetuksia erillisten kriteereiden mukaisesti. Ambulanssin kustannuksista korvataan lähtömaksuna 80,84 euroa sekä yli 20 km ylittävältä matkalta 2,16 euroa jokaiselta alkavalta kilometritiltä. Lisäksi kuljetustehtävään osallistuvan toisen sairaankuljettajan lisämaksuna korvataan enintään 43,04 euroa ja tunnin ylittävältä ajalta lisäksi enintään 21,52 euroa jokaiselta alkavalta puolelta tunnilta. Näiden perusteella esimerkiksi 50 km matkalta korvaus olisi laskennallisesti noin 189 euroa ja 120 km matkalta noin 361 euroa. Sairausvakuutuslain mukaan korvataan ensihoitopotilaiden kuljettamisen aiheuttamia kustannuksia ja myös tiettyjä paikan päällä kohteessa hoidettujen tehtävien kustannuksia, vaikka potilasta ei kuljetettaisikaan.

Pääministeri Orpon hallituksen ohjelmassa on linjattu, että ensihoitoon liittyvien kuljetusten rahoitusvastuu siirretään kokonaisuudessaan hyvinvointialueille parlamentaarisen monikanavarahoitustyöryhmän ehdotuksen mukaisesti. Keväällä 2024 kehysriihen yhteydessä päätettiin, että siirto toteutetaan vuodesta 2026 alkaen.

Ensihoitolääkäri- / lääkärihelikopteritoiminta

Lääkärihelikopteritoiminnan ydintehtävä Suomessa on viedä erikoislääkäritasoinen ensihoitopalvelu hätätilapotilaan luo maantieteellisesti ja ajallisesti mahdollisimman kattavasti. Se on viimeiset vuosikymmenet vakiintunut osaksi ensihoitopalvelu- ja päivystysjärjestelmää. Toimintaympäristön ja myös kansainvälisen turvallisuusympäristön muutos sekä lääketieteen kehitys esimerkiksi onnettomuuspotilaiden ja tiettyjen akuuttihoitojen (akuutit sydän- ja aivotapahtumat) osalta edellyttävät myös lääkärihelikopteritoiminnan jatkuvaa kehittämistä. Muun muassa se, että potilas siirretään helikopterilla vaativia toimenpiteitä tekevään sairaalaan mahdollisimman nopeasti, voi tuoda uusia mahdollisuuksia myös sairaaloiden välisessä yhteistyössä. Toisaalta viranomaisten välinen yhteistyö valtion muiden helikopteritoimijoiden kanssa normaalioloissa ja poikkeusoloissa on tärkeä huomioon otettava seikka.

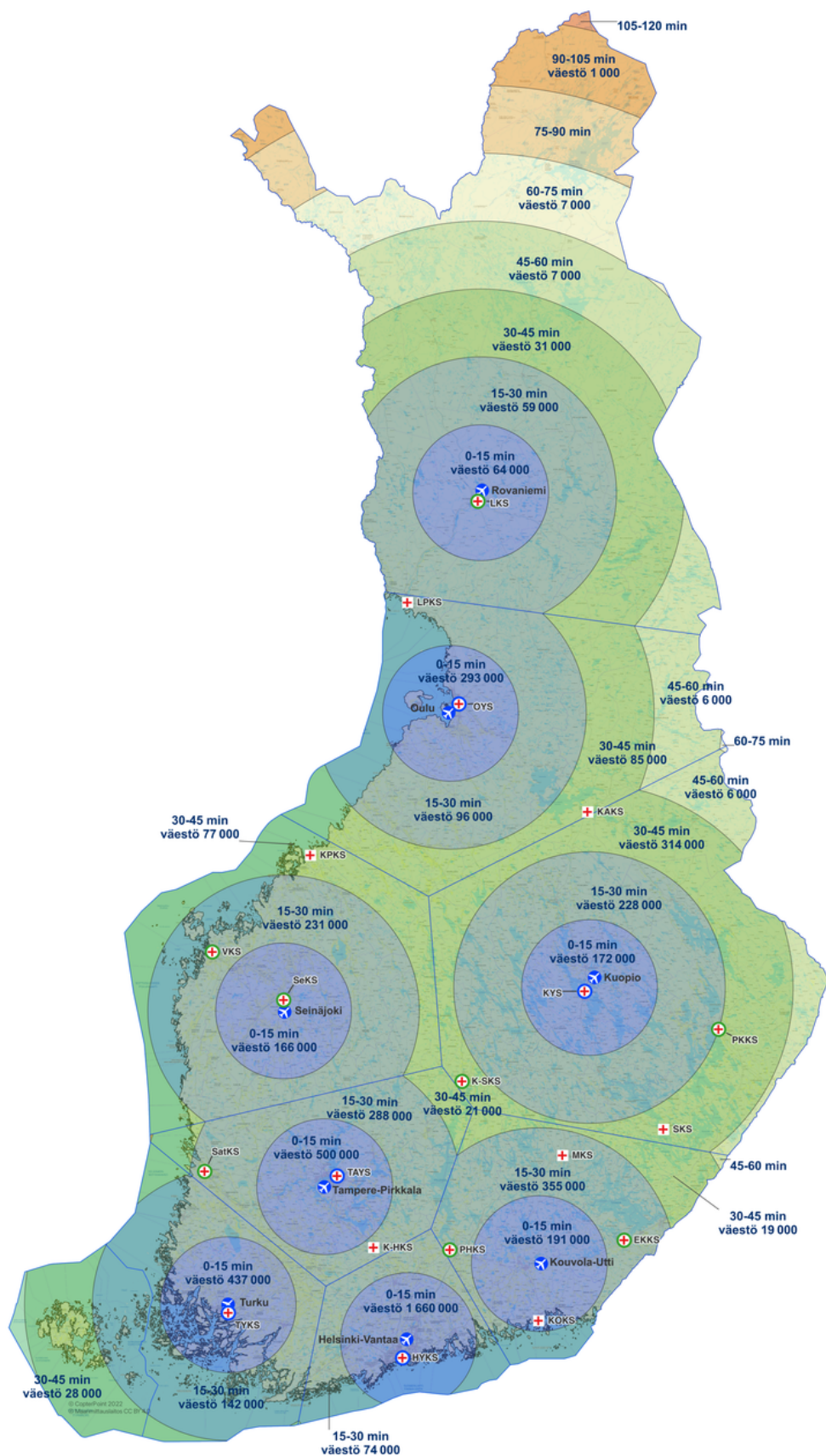
Terveydenhuoltolain 46 §:n 1 momentin 4 kohdan mukaan ensihoitokeskuksen tehtävänä on vastata yhteistyösopimuksessa sovitulla tavalla lääkärihelikoptereiden lääketieteellisestä toiminnasta yhteistyöalueella ja sovittaa toiminta yhteen muiden ensihoitokeskusten kanssa valtakunnallisesti yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Käytännössä lääkärihelikoptereiden ensihoitopalvelusta vastaavat erityisesti yliopistollista sairaalaa ylläpitävät hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä, jotka ovat sijoittaneet näiden koptereiden miehistöön ensihoitolääkärit. Lisäksi Rovaniemen tukikohdan ensihoidosta vastaa Lapin hyvinvointialue, ja kyseisen kopterin miehistössä on edellä kuvatussa poiketen ensihoitolääkärin sijasta poikkeuksena kaksi ensihoitajaa. Helikopterimahdollisuuden lisäksi henkilöstö toimii lisäksi niin sanotulla

maayksiköllä eli ensihoitolääkäri viedään autolla potilaan luo, jos se on helikopterin käyttöä nopeampaa tai helikopteria ei voida käyttää esimerkiksi sääesteen vuoksi.

Ensihoidon ilmailupalvelun toteuttaa FinnHEMS Oy, joka on vuodesta 2020 lähtien ollut valtion erityistehtäväyhtiö. FinnHEMS Oy:n omistajaohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö ja yhtiön toiminta on kokonaisuudessaan valtion rahoittamaa. Valtioneuvosto päättää lääkärihelikopterien tukikohtien sijainnit. Tällä hetkellä FinnHEMS Oy toteuttaa ensihoidon ilmailupalvelua seitsemästä tukikohdasta (Vantaa, Turku, Pirkkala, Seinäjoki, Kuopio, Oulu ja Rovaniemi). Kahdeksas tukikohta Kouvolaan on valmisteilla, mutta yllä kuvattu maayksikkö toimii jo nyt myös Kouvolaan.

Kuva 6. Lääkäri- ja lääkintähelikopteripalvelun lentoajat ja eri ajoissa tavoitettavan väestön määrä tukikohdittain, kun kaksi uutta tukikohtaa ovat toiminnassa. Lähde: Lääkärihelikopteritoiminnan vaikuttavuus ja kustannustehokkuuden kehittäminen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:62.¹⁰

¹⁰ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164373>



FinnHEMS Oy:n toimintaan liittyen on tunnistettu tarve laatia sen toimintaa koskeva lainsäädäntö (StVM 3/2022 vp, EOAK/7308/2021). Pääministeri Orpon hallituksen ohjelman mukaan lääkärihelikopteritoiminnan lääkinälliset ja hoitopalvelut integroidaan osaksi hyvinvointialueiden ensihoito- ja päivystysjärjestelmää. Selvitetään erikseen lääkärihelikopteritoiminnan järjestämisvastuut, koptereiden hankinta ja siihen liittyvät hankinta- ja toimintakustannukset, taloudellisuus ja kustannusvaikuttavuus huomioiden. Asiaan liittyvä lainvalmistelu tehdään erillään tästä hallituksen esityksestä.

Lääkärihelikopteritoiminnan vaikuttavuudesta ja kustannustehokkuuden kehittämisestä on vuonna 2022 julkaistu valtioneuvoston teettämä selvitys¹¹. Lääkärihelikopteritoiminnan valtakunnallisen strategian valmistelemiseksi työskenteli työryhmä, jonka toimikausi päättyi toukokuussa 2024. Valtakunnallista strategiaa ei ole vielä julkaistu.

Lääkärihelikopteritoiminnan lisäksi Suomessa toimii muutamia muita ensihoitolääkäriyksiköjä, muun muassa Helsingissä ympärivuorokautisesti toimiva lääkäriambulanssi.

2.1.6 Hyvinvointialueiden rahoitus ja hyvinvointialueiden väliset korvaukset

Hyvinvointialueiden rahoituslaki

Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetussa laissa (617/2021, *rahoituslaki*) säädetään valtion rahoituksen myöntämisestä hyvinvointialueilla tarkoitettujen hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien kustannusten kattamiseen.

Hyvinvointialueiden valtion rahoituksen tarkoituksena on varmistaa, että kaikilla hyvinvointialueilla on olosuhteista ja hyvinvointialueen asukkaiden palvelutarpeiden eroista huolimatta edellytykset toteuttaa lakisääteiset tehtävänsä. Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu kattavaan valtion rahoitukseen ja maksu- ja myyntituottoihin sekä tiettyihin muihin tuloihin, kuten valtion tutkimusrahoitukseen ja valtion korvaukseen erikoistumiskoulutuksesta. Rahoituslain mukainen valtion rahoitus on hyvinvointialueelle yleiskatteellista, joten hyvinvointialue päättää rahoituksen käytöstä ja kohdentamisesta itsehallintonsa ja toimivaltansa rajoissa.

Yleiskatteellinen rahoitus myönnetään hyvinvointialueille laskennallisin perustein. Pääosa rahoituksesta kohdentuu hyvinvointialueille sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta kuvaaviin tekijöihin perustuen. Näitä ovat muun muassa sairastavuus, ikärakenne ja sosioekonomiset tekijät, jotka pohjautuvat THL:n tutkimukseen. Lisäksi rahoitusta kohdennetaan hyvinvointialueen asukasmäärän, asukastiheyden, vieraskielisyyden, kaksikielisyyden, saaristoisuuden, saamenkielisyyden, yliopistosairaalan lisäksi ja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimien (hyte-kerroin käyttöön vuonna 2026) ja pelastustoimen riskitekijöiden perusteella.

Lisäksi hyvinvointialueiden rahoitukseen sisältyy siirtymätasaus, jolla tasataan laskennallisesta rahoitusmallista aiheutuvaa muutosta suhteessa aiempiin, alueen kuntien toteutuneisiin kustannuksiin. Siirtymätasaus on porrastettu vuosina 2023–2029, jonka jälkeen -50/+200 euroa asukasta kohden ylittävä erotus tasataan toistaiseksi pysyvällä siirtymätasauksella.

Hyvinvointialueiden rahoituksen vuosittainen taso tarkastetaan koko maan tasolla. Pohjana on edellisen vuoden rahoitus. Lisäksi huomioidaan arvioitu palvelutarpeen kasvu, hintojen

¹¹ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164373>

muutokset sekä mahdolliset tehtävämuutokset. Rahoituksen taso tarkastetaan jälkikäteen koko maan tasolla toteutuneita kustannuksia vastaavaksi kahden vuoden viiveellä.

Rahoituslain 9 §:n mukaan valtion rahoituksen tasoa varainhoitovuodelle määritettäessä otetaan täysimääräisesti huomioon hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien laajuuden tai laadun muutos, jos se aiheutuu asianomaista tehtävää koskevasta laista tai asetuksesta, lakiin tai asetukseen perustuvasta valtion viranomaisen määräyksestä tai valtion talousarviosta. Valtion rahoitusta voidaan korottaa tai alentaa tehtävien laajuuden tai laadun muutoksen perusteella. Tehtävien laajuuden tai laadun muutos voi myös perustua valtion talousarvioon.

Hyvinvointialueen oikeudesta saada tarvittaessa lisärahoitusta säädetään rahoituslain 11 §:ssä. Jos rahoituksen taso muutoin vaarantaisi perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen, hyvinvointialueella on oikeus saada valtiolta lisärahoitusta se määrä, joka on tarpeen mainittujen sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamiseksi ottaen huomioon hyvinvointialueen edellytykset järjestää muut lakisääteiset tehtävät. Jos on arvioitavissa, että ongelmat eivät johdu siitä, että hyvinvointialueen rahoituksen taso on lähtökohtaisesti liian alhainen, vaan hyvinvointialue pystyisi omilla päätöksillään turvaamaan palvelujen järjestämisen, hyvinvointialuetta ohjataan toteuttamaan valtion ja hyvinvointialueiden ohjaus- ja neuvotteluprosessissa todettuja hyvinvointialueilla toteutettavissa olevia kustannusten hallinnan kannalta välttämättömiä toimenpiteitä ja muita mahdollisia toimenpiteitä.

Lisärahoituksessa kyse on yksittäistä hyvinvointialuetta koskevasta ajallisesti rajallisesta rahoituksen poikkeusmekanismista, jonka toistuva käyttö voi johtaa myös hyvinvointialuelain 123 §:n nojalla 122 §:ssä säädettyyn hyvinvointialueen arviointimenettelyyn. Elokuun 2024 lopulla eduskunnalle annetussa hallituksen esityksessä eduskunnalle laeiksi hyvinvointialueesta annetun lain ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annetun lain 2 ja 17 §:n muuttamisesta (HE 78/2024 vp) ehdotetaan, että jatkossa arviointimenettely voisi käynnistyä, jos hyvinvointialueelle olisi myönnetty rahoituslain 11 §:ssä tarkoitettua lisärahoitusta yhden kerran.

Hyvinvointialueiden toimintakate oli vuoden 2023 tilinpäätöstietojen perusteella noin -24,1 miljardia euroa ja valtion rahoitus noin 23,2 miljardia euroa. Vuosikate oli -920 miljoonaa euroa. Hyvinvointialueiden talous painui lopulta noin 1,3 miljardia euroa alijäämäiseksi. Hyvinvointialueet ennakoivat alijäämää jo talousarvioissaan, mutta alijäämä kasvoi vuoden aikana selvästi. Hyvinvointialueiden tilinpäätösennusteiden mukaan alijäämä tulee kasvamaan vuonna 2024 lähes 1,42 miljardiin euroon. Alueet ovat käynnistäneet muutos- ja sopeutusohjelmia, joilla uudistetaan toimintaa ja sopeutetaan alueiden taloutta. Vuodelle 2025 hyvinvointialueiden rahoitukseen tehdään jälkikäteistarkistus, joka nostaa rahoituksen tasoa noin 1,41 miljardia euroa. Tämän ja muiden rahoituksen muutosten myötä hyvinvointialueiden rahoitus nousee vuoden 2025 talousarvioesityksen mukaisesti noin 26,2 miljardiin euroon vuonna 2025. Rahoituksen tason nousun ja alueiden muutosohjelmien myötä hyvinvointialueiden talouden ennakoidaan kääntyvän positiiviseksi vuosina 2025 ja 2026. Alueelliset erot talouden tilassa ja näkymissä ovat kuitenkin huomattavat.

Hyvinvointialuelain 115 §:n mukaisesti alueiden tulee kattaa taseeseen vuonna 2023 ja sen jälkeen kertyneet alijäämät vuoden 2026 loppuun mennessä.

Asiakasmaksut

Hyvinvointialueiden Valtiokonttorille raportoimien vuoden 2023 tilinpäätöstietojen mukaan hyvinvointialueiden ja hyvinvointiyhtymien yhteenlaskettu asiakasmaksukertymä on noin 1,59 miljardia euroa. (Tutkihallinto.fi.) Myös asiakasmaksut ovat osa alueiden yleiskatteista rahoitusta.

Erilliskorvaukset ja muut korvaukset

Hyvinvointialueiden rahoituksen lähtökohta rahoituslaissa on yleiskatteellinen rahoitus, mutta alueilla on myös muita rahoituslähteitä.

Hyvinvointialueille maksetaan myös erilliskorvauksia tiettyjen tehtävien hoitamisesta. Vuonna 2025 näitä arvioidaan maksettavan noin 243 miljoona euroa. Euromääräisesti suurimpia ovat sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön erikoistumiskoulutus ja yliopistollinen tutkimus, joista maksetaan korvauksia terveydenhuoltolain ja sosiaalihoitolain nojalla. Lisäksi on useita pienempiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista aiheutuneita kustannuksia, joita hyvinvointialueille korvataan. Esimerkiksi kotouttamisen piirissä oleville tai rintamaveteraaneille tuotetuista palveluista maksetaan korvauksia, samoin kuin ja rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013) nojalla maksetaan hyvinvointialueille korvauksia silloin, kun hyvinvointialue on antanut terveydenhuollon palvelua henkilölle EU-lainsäädäntöön tai kansainväliseen sopimukseen perustuen, sekä eräissä muissa tapauksissa. Myös esimerkiksi puolustusvoimat maksavat korvauksia hyvinvointialueille niiden Puolustusvoimille tuottamista palveluista. Asiasta säädetään terveydenhuoltolain 71 ja 72 §:ssä. Hyvinvointialueille voidaan myös maksaa valtionavustuksia hanke- ja kehittämistoimintaan.

Voimaanpanolain 59 §:ssä on säännös, jonka mukaan Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueelle voidaan maksaa kahden päivystysyksikön ylläpitoon valtion talousarvion rajoissa valtion varoista erilliskorvaus hyvinvointialueelle niistä ylimääräisistä kustannuksista, joita aiheutuu hyvinvointialueelle kahden ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön ylläpidosta. Erilliskorvauksesta säädetään tarkemmin Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueiden ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen ylimääräisten kustannusten korvaamisesta annetussa valtioneuvoston asetuksessa (638/2023). Pääministeri Orpon hallituksen ohjelman mukaan hyvinvointialueet rahoittavat sairaaloiden ja päivystysten toiminnan yleiskatteellisesta rahoituksesta ilman erilliskorvauksia. Erilliskorvaukseen ei täten osoitettu rahoitusta vuoden 2024 talousarviossa, vuoden 2025 talousarvioesityksessä eikä julkisen talouden suunnitelmassa 2025–2028.

Hyvinvointialueiden väliset korvaukset

Lainsäädännössä erikseen säädetään korvauksista tilanteessa, jossa hyvinvointialueella hoidetaan potilasta, joka ei ole hyvinvointialueen asukas. Järjestämislain 57 §:n 1 momentin mukaan, jos hyvinvointialue antaa lakiin tai hyvinvointialueiden yhteistyösopimukseen perustuen sosiaali- tai terveyspalveluja toisen hyvinvointialueen asukkaalle, on sen hyvinvointialueen, jonka asukas henkilö on, korvattava ilman aiheutonta viivytystä palvelun antamisesta aiheutuneet kustannukset, jollei kustannusten korvaamisesta muualla toisin säädetä tai jolleivät hyvinvointialueet toisin sovi. Kustannuksilla tarkoitetaan toteutuneita kuluja, jotka ovat aiheutuneet palvelun antamisesta ja joista on vähennetty palvelusta kertyneet toimintatulot. Pykälässä säädetään mahdollisuudesta säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella palvelujen korvausperusteista sekä kustannusten laskutuksesta ja maksamisesta, mutta tällaista asetusta ei toistaiseksi ole annettu.

Mikäli esimerkiksi sairaala- ja päivystysverkkoon tehdään muutoksia ja väestö käyttää palveluita enenevästi myös hyvinvointialuerajat ylittäen, korostuu tarve kehittää ja arvioida hyvinvointialueiden rahoitusta ja niiden välistä kustannusten korvaamista. Hyvinvointialueiden välisten kustannusten jaon tulisi olla tasapuolista ja laskutuksen oikeudenmukaista ja läpinäkyvää. Kustannusten ja rahoituksen tulee seurata asiakasta hänen saadessaan palveluita toisen hyvinvointialueen tuottamana. Nykyisin laskenta- ja hinnoitteluperiaatteet vaihtelevat hyvinvointialueittain paljonkin esimerkiksi toimintaan liittyvien yleiskustannusten kohdentamisperiaatteiden osalta. Laskutushinnat eivät aina vastaa tai niiden ei koeta vastaavan palvelun tuottamisesta aiheutuneita todellisia kustannuksia.

Hyvinvointialueiden välisellä laskutuksella katetaan lain mukaan tuotannosta aiheutuvat kustannukset, mutta se ei saa tuottaa voittoa palvelun tuottaneelle hyvinvointialueelle. Toisaalta keskitettyjen palveluiden toteuttamisen aiheuttamat lisäkustannukset tulee voida ottaa huomioon hinnoittelussa.

Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen yksikkökustannukset on asteittain julkaistava alkaen vuodesta 2025. Näin ollen kansallisten kustannuslaskennan ja/tai tuotteistuksen periaatteet on tunnistettu yhdeksi kansalliseksi kehittämiskohteeksi. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteistyönä.

Valtiovarainministeriössä keväällä 2024 käynnistyneessä hankkeessa (<https://vm.fi/hanke?tunnus=VM045:00/2024>) kehitetään yksikkökustannusten laskentaa kansallisella sekä hyvinvointialueiden tasolla sekä luodaan prosessit sekä edellytykset tietojen julkaisulle ja hyödyntämiselle. Yksikkökustannusten avoimuudella edistetään sitä, että kustannusvaikuttavuudeltaan parhaat toimintamallit tulevat käyttöön kaikilla alueilla. Yksikkökustannusten yhdistäminen palvelutarpeen kasvun arvioon sekä yleisen hintakehityksen huomioiminen auttavat lisäksi realististen talousarvioiden tekemisessä sekä rahoituspuhjan tarpeen arvioinnissa.

2.1.7 Palvelujärjestelmän ohjaus

Järjestämislain 4 luvussa säädetään ohjauksesta. Lain mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi valtakunnalliset strategiset tavoitteet yhdenvertaisen, laadukkaan ja kustannusvaikuttavan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle. Tavoitteet perustuvat sosiaali- ja terveysministeriön selvitykseen sekä mahdollisiin muihin seurantatietoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta, jonka tehtävänä on muun muassa ennakoita, seurata ja arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja kustannuksia sekä käsitellä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueiden sisäistä työnjakoa ja yhteistyötä sekä edistää yhteistyöalueiden välistä yhteistyötä.

Sosiaali- ja terveysministeriö neuvottelee erikseen kunkin hyvinvointialueen kanssa vuosittain hyvinvointialueen järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien toteuttamisesta. Valtiovarainministeriö osallistuu neuvotteluihin. Neuvottelujen tarkoituksena on yhteisen tilannekuvan tarkastelu ja hyvinvointialueen järjestämistehtävän strategisen tason ohjaus erityisesti valtakunnalliset tavoitteet huomioiden sekä ministeriöiden ja hyvinvointialueen välisen yhteistyön edistäminen. Neuvotteluissa seurataan ja arvioidaan hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteutumista. Neuvotteluissa käsitellään muun muassa palvelujen ja muiden toimenpiteiden tarpeen ja määrän arviointia ja ennakointia, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisuutta, tarpeenmukaisuutta ja riittävyyttä,

henkilöstöön, toimintakykyyn ja omaan palvelutuotantoon liittyviä asioita, sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta sekä hyvinvointialueen kustannusten kehitystä ja rahoituksen riittävyyttä. Neuvottelut järjestetään myös yhteistyöaluetasoisina siten, että mukana ovat samaan yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet sekä ohjaavat ministeriöt.

Hallitusohjelman mukaan hyvinvointialueiden ohjauksen yhteensovittaminen säädetään valtiovarainministeriön tehtäväksi ja vahvistetaan ministeriön voimavaroja. Eduskunta on hyväksynyt muutoksia lainsäädäntöön perustuen hallituksen esitykseen HE 2/2024 vp, joiden myötä hyvinvointialueiden ja valtion välisiä neuvottelukuntia ja neuvotteluja sekä valtioneuvoston asettamia valtakunnallisia strategisia tavoitteita koskevia säännöksiä yhtenäistetään. Hyvinvointialuelakiin lisätään täsmennetyt säännökset valtiovarainministeriön tehtävistä hyvinvointialueiden ohjauksessa siltä osin kuin siltä osin kuin sitä ei ole säädetty sosiaali- ja terveysministeriön, sisäministeriön tai muun ministeriön toimivaltaan kuuluvaksi. Lainmuutosten tarkoituksena on yhtenäistää hyvinvointialueiden valtion ohjausta, selkeyttää valtiovarainministeriön roolia ohjauksessa sekä varmistaa, että hyvinvointialueiden ohjaus on yhteensopivaa valtioneuvoston asettamien talous- ja finanssipoliittisten tavoitteiden kanssa. Hyvinvointialueen on seurattava alueensa väestön hyvinvointia ja terveyttä väestöryhmittäin, järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta ja yhdenvertaisuutta, asiakkaiden palvelujen yhteensovittamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia ja tuottavuutta ja laadittava vuosittain selvitys hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon ja hyvinvointialueen talouden tilasta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos laatii vuosittain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan asiantuntija-arvion valtakunnallisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueittain ja hyvinvointialueittain. Arvioissa tarkastellaan muun muassa väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa väestöryhmittäin, sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeen, saatavuuden, laadun, vaikuttavuuden ja yhdenvertaisuuden toteutunutta ja arvioitua tulevaa kehitystä, asiakkaiden palvelujen yhteensovittamisen toteutumista, sosiaali- ja terveydenhuollon investointien tarvetta ja vaikutuksia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia, niiden kehitystä ja tuottavuutta. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii vuosittain valtakunnallisen selvityksen, jossa arvioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyyttä. Ensimmäinen vuosittainen selvitys julkaistiin 15.1.2024.¹²

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa terveydenhuollon palvelujärjestelmää myös ns. sisällöllisen ohjauksen keinoin. Terveydenhuoltolain 7 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö laatii yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa yhtenäiset hoidon perusteet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista hyvinvointialueilla. Hyvinvointialueen eri toimijoiden on yhteistyössä seurattava yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumista. Lain 78 a §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto, jonka tehtävänä on seurata ja arvioida terveydenhuollon palveluvalikoimaa sekä antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. Valtionavustuksella rahoitetaan muun muassa Lääkäriseura Duodecimin laatimia Käypä hoito-suosituksia sekä Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksia. Yllä kuvatuilla keinoilla pyritään varmistamaan terveydenhuollon laatu, vaikuttavuus ja potilasturvallisuus, hoidonporrastus

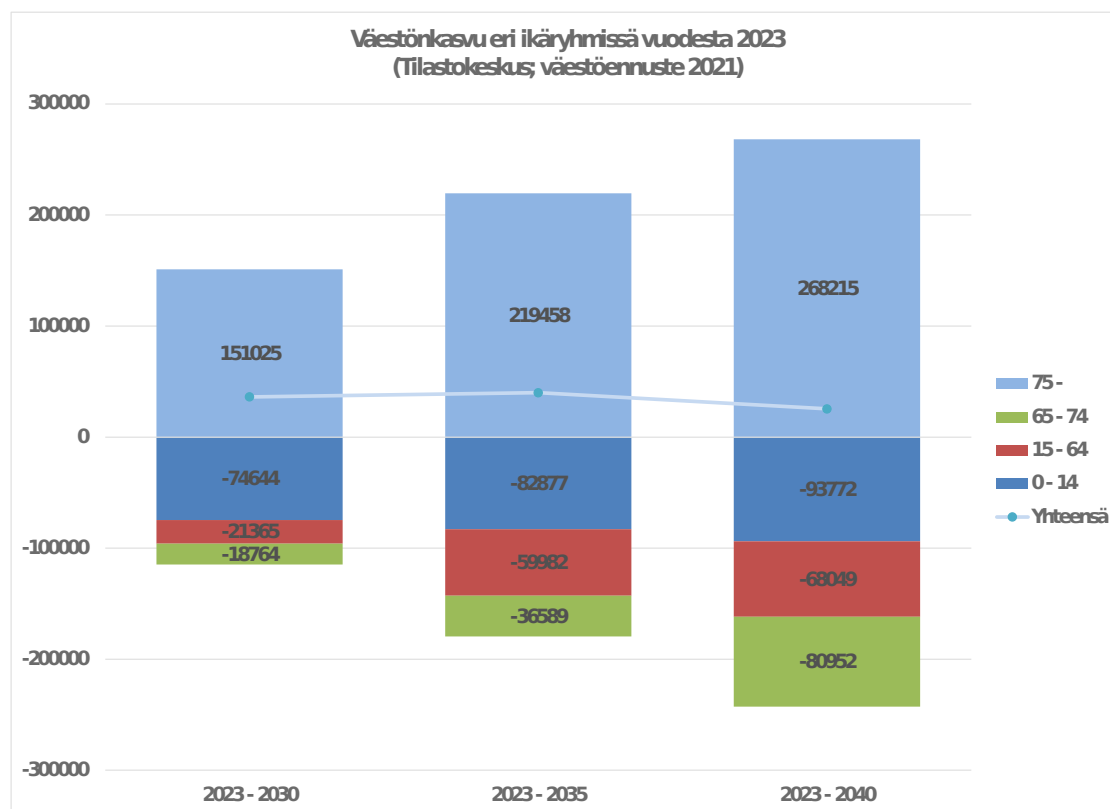
¹² <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165367>

palveluysiköiden ja hoidon tasojen välillä sekä potilaiden yhdenvertaisuus. Sisältöohjaus ei kuitenkaan ole palvelujärjestelmää velvoittavaa vaan suositusluonteista, mikä jättää mahdollisuuden yksittäisen potilaan kohdalla tehdä yksittäistapauksellista harkintaa.

2.1.8 Väestökehitys

Väestöennusteen mukaan väestörakenne on nopeasti muuttumassa. Kuvioon 3 on koottu väestön määrän muutos eri ikäryhmissä Tilastokeskuksen vuoden 2021 väestöennusteesta. Kun väestö kasvaa vuoteen 2040 mennessä noin 25 000 hengellä, pienenee työikäinen väestö vuoden 2023 reilusta 3,4 miljoonasta 68 000:lla vuoteen 2040 mennessä. Samaan aikaan yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa lähes 270 000:lla. Heidän osuutensa koko väestöstä kasvaa vuoden 2020 kymmenestä prosentista vuoden 2040 yli 16 prosenttiin.

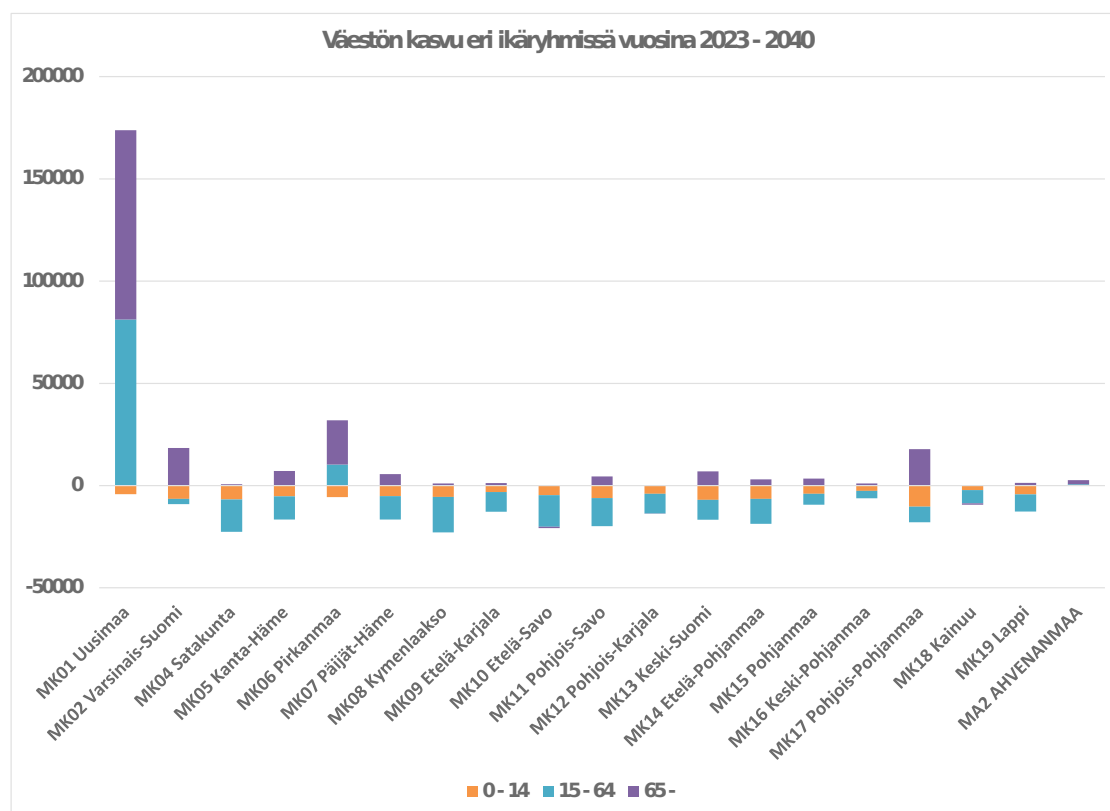
Kuvio 3. Väestönkasvu eri ikäryhmissä vuosina 2023–2040. Lähde: Tilastokeskus.



Ennusteen mukaan väestön keskittyminen muutamiin maakuntiin jatkuu. Väestö kasvaa ylipäättään vain Uudenmaan, Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen maakunnissa. Merkittävämpää on kuitenkin se, että työikäinen väestö kasvaa vain kahdessa ensin mainitussa ja supistuu kaikissa muissa maakunnissa. Lisäksi nuorin väestönosa, 0–14-vuotiaat, supistuu kaikissa maakunnissa. Yli 65-vuotias väestö sitä vastoin kasvaa kaikissa maakunnissa huomattavasti: Uuttamaata ja Pirkanmaata lukuun ottamatta väestönkasvu johtuu yksinomaan vanhusväestön kasvusta. Väestön keskittymisessä on siten maakuntien näkökulmasta viime kädessä kyse siitä,

ettei syntyvyys riitä korvaamaan ikääntymistä, ei niinkään siitä, että nuoret ja työikäiset ikäluokat muuttaisivat pois maaseudulta (jota sitäkin väestöennusteessa oletetaan edelleen tapahtuvan). Huomattavaa kuitenkin on, ettei syntyvyys riitä kompensoimaan työikäisen väestön vanhenemista myöskään Uudellamaalla eikä Pirkanmaalla.

Kuvio 4. Alueellinen väestönkasvu eri ikäryhmissä vuosina 2023–2040.



Väestönkehitys on Manner-Suomessa vuosina 1990–2022 ollut kovin erilainen myös eri hyvinvointialueilla, mikä käy ilmi hyvinvointialueiden väestöpohjia analysoitaessa. Väestömäärä on pienentynyt erityisesti Itä- ja Kaakkois-Suomessa (noin 11–21 %) ja toisaalta myös Lapissa (13 %) ja Kainuussa (24 %) sekä Satakunnassa (12 %). Vastaavasti väestömäärä on noussut eniten pääkaupunkiseudulla, esimerkiksi Länsi-Uudellamaalla (48 %), Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella (55 %) ja Helsingissä (36 %). Pääkaupunkiseudun ulkopuolella merkittävää kasvua on ollut Pirkanmaalla (23 %), Varsinais-Suomessa (14 %) ja Pohjois-Pohjanmaalla (18 %). Alueiden erojen ennustetaan edelleen kasvavan vuoteen 2040 mennessä.

Taulukko 3: Hyvinvointialueiden väkiluku 1990, 2022 ja 2040 (ennuste): Lähde Tilastokeskuksen väestörakennetilaston ja väestöennusteen (2021) perusteella VM. Laskelman pohjana vuoden 2024 aluejako.

Hyvinvointialue	Väkiluku 1990	Väkiluku 2022	Väestöennuste 2040	Muutos 1990/2022, %	Muutos 1990/2040, %
Itä-Uudenmaan	85063	98993	104072	16 %	22 %
Keski-Uudenmaan	145187	201966	219729	39 %	51 %
Länsi-Uudenmaan	327056	483218	535363	48 %	64 %
Vantaan ja Keravan	182530	282870	330131	55 %	81 %
Varsinais-Suomen	425282	483954	494333	14 %	16 %
Satakunnan	240777	212567	189132	-12 %	-21 %
Kanta-Hämeen	162248	169268	159251	4 %	-2 %
Pirkanmaan	430651	528912	557883	23 %	30 %
Päijät-Hämeen	204901	204716	193194	0 %	-6 %
Kymenlaakson	186030	159595	136233	-14 %	-27 %
Etelä-Karjalan	140244	125381	113074	-11 %	-19 %
Etelä-Savon	163462	129368	107041	-21 %	-35 %
Pohjois-Savon	265040	246557	230413	-7 %	-13 %
Pohjois-Karjalan	182200	161827	147328	-11 %	-19 %
Keski-Suomen	254539	272300	262332	7 %	3 %

Etelä-					
Pohjanmaan	207010	190296	173749	-8 %	-16 %
Pohjanmaan	167108	175659	169533	5 %	1 %
Keski-					
Pohjanmaan	68214	67545	62104	-1 %	-9 %
Pohjois-					
Pohjanmaan	350799	415685	416214	18 %	19 %
Kainuun	92459	70332	60312	-24 %	-35 %
Lapin	200674	175066	162937	-13 %	-19 %
Helsingin					
kaupunki	492400	668263	730098	36 %	48 %

Myös hyvinvointialueiden sisällä väestömäärä keskittyy suuriin kaupunkeihin ja niiden seutukuntiin. Työikäisen väestön määrä vähenee pääkaupunkiseutua ja Pirkanmaata lukuun ottamatta koko maassa vuosina 2024–2040, ja sen suhteellinen osuus väestöstä pienenee ja eriytyy eri alueiden osalta.

Taulukko 4. Työikäisen väestön kehitys hyvinvointialueittain 2024-2040 (ennuste). Lähde: Tilastokeskuksen vuoden 2021 väestöennusteen pohjalta STM.

	Tilastokeskuksen väestöennuste										
	Koko väestö 31.12. (n)			Työikäiset							
				Väestö 31.12. (n)			Osuus (%)			Muutos (%)	
	2024	2030	2040	2024	2030	2040	2024	2030	2040	2030	2040
Koko maa	5 569 645	5 598 821	5 588 011	4 084 617	4 053 082	3 944 210	73	72	71	-0,8	-3,4
Etelä-Suomen yta	2 247 624	2 304 367	2 361 894	1 673 639	1 700 013	1 710 248	74	74	72	1,6	2,2
Etelä-Karjala	123 835	119 591	113 074	90 124	85 198	77 442	73	71	68	-5,5	-14,1
Helsingin kaupunki	677 923	703 540	730 098	520 362	537 419	551 609	77	76	76	3,3	6,0
Itä-Uusimaa	99 706	101 592	104 072	72 359	72 750	72 373	73	72	70	0,5	0,0
Keski-Uusimaa	204 413	210 932	219 729	150 386	152 869	154 463	74	72	70	1,7	2,7
Kymenlaakso	156 461	148 033	136 233	112 909	104 219	91 752	72	70	67	-7,7	-18,7
Länsi-Uusimaa	491 375	511 700	535 363	361 954	375 018	385 387	74	73	72	3,6	6,5
Päijät-Häme	203 560	199 927	193 194	146 397	140 374	131 588	72	70	68	-4,1	-10,1
Vantaa ja Kerava	290 351	309 052	330 131	219 148	232 166	245 634	75	75	74	5,9	12,1
Länsi-Suomen yta	871 005	866 905	852 998	631 091	619 411	595 805	72	71	70	-1,9	-5,6
Pohjanmaa	175 246	173 694	169 533	124 332	121 935	116 994	71	70	69	-1,9	-5,9
Varsinais-Suomi	486 055	491 637	494 333	356 926	356 257	350 138	73	72	71	-0,2	-1,9
Satakunta	209 704	201 574	189 132	149 833	141 219	128 673	71	70	68	-5,7	-14,1
Sisä-Suomen yta	890 525	894 123	890 883	649 458	644 244	624 949	73	72	70	-0,8	-3,8
Etelä-Pohjanmaa	188 439	182 921	173 749	133 390	126 819	116 192	71	69	67	-4,9	-12,9
Kanta-Häme	167 997	164 397	159 251	121 800	116 787	108 646	73	71	68	-4,1	-10,8
Pirkanmaa	534 089	546 805	557 883	394 268	400 638	400 111	74	73	72	1,6	1,5
Itä-Suomen yta	802 930	782 689	747 114	584 077	556 591	510 281	73	71	68	-4,7	-12,6
Etelä-Savo	126 273	118 190	107 041	89 888	81 061	69 370	71	69	65	-9,8	-22,8
Keski-Suomi	271 713	269 281	262 332	198 637	194 541	183 444	73	72	70	-2,1	-7,6
Pohjois-Karjala	160 107	155 368	147 328	117 026	110 380	100 298	73	71	68	-5,7	-14,3
Pohjois-Savo	244 837	239 850	230 413	178 526	170 609	157 169	73	71	68	-4,4	-12,0
Pohjois-Suomen yta	726 470	718 540	701 567	524 046	510 132	479 730	72	71	68	-2,7	-8,5
Kainuu	69 046	65 494	60 312	49 771	45 495	39 660	72	69	66	-8,6	-20,3
Keski-Pohjanmaa	67 052	65 348	62 104	46 641	44 829	41 527	70	69	67	-3,9	-11,0
Lappi	173 527	169 391	162 937	126 453	120 446	110 933	73	71	68	-4,8	-12,3
Pohjois-Pohjanmaa	416 845	418 307	416 214	301 181	299 362	287 610	72	72	69	-0,6	-4,5
Ahvenanmaa	31 091	32 197	33 555	22 306	22 691	23 197	72	70	69	1,7	4,0

n = lukumäärä

Osuus (%) = työikäisten osuus väestöstä

Muutos (%) = muutos vuoteen 2024 verrattuna

yta = yhteistoiminta-alue

2.1.9 Henkilöstötilanne

Yleistä

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja saatavuus ovat heikentyneet voimakkaasti viime vuosina koko maassa. Vaje koskee lähes kaikkia ammattiryhmiä ja palveluita, mutta alueellista, ajallista ja ammattiryhmäkohtaista vaihtelua esiintyy. Muutaman viime vuoden aikana on kasvanut erityisesti vaje sairaanhoitajista ja lähihoitajista.

Väestörakenne ja väestön sijoittuminen eri puolilla maata on muuttunut ja muuttuu jatkuvasti. Väestö ja samalla työvoima keskittyy kasvukeskuksiin. Kasvavasta palvelutarpeesta huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden määrä ei tulevaisuudessa kasva tarvetta vastaavasti, vaan todennäköisesti vähenee. Jopa kolmasosa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä eläköityy seuraavan kymmenen vuoden aikana.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden siirryttyä hyvinvointialueiden vastuulle vuoden 2023 alusta oli erityisen haastavaa saada tietoa henkilöstövajeesta. Vajetta on pyritty arvioimaan sekä avointen työpaikkojen sekä palvelujärjestelmään kohdistettujen haastattelujen ja kyselyjen avulla. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon työnjaossa keskeisiä ammattiryhmiä ovat lääkärit (eri erikoisalojen lääkärit sekä hammaslääkärit) ja hoitajat (sairaanhoitajat, lähihoitajat), joiden osalta henkilöstötilannetta arvioidaan seuraavassa.

Kevään 2023 hallitusneuvotteluihin valmisteltiin ministeriöiden yhteistyönä (STM, TEM, OKM) arvio työvoimavajeesta pohjautuen TE-toimistoihin avoimeksi ilmoitettuihin työpaikkoihin, joihin on yhdistetty toimipaikkahaastattelujen tietoja. Luvut kattavat sekä julkisen että yksityisen palvelutuotannon vajeen ja kertovat kumulatiivisesta vuoden 2022 tilanteesta (taulukko 5). Kysely on tarkoitus toistaa vuoden 2024 aikana. Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT tiedusteli hyvinvointialueilta niiden vakanssien täyttötilannetta kyselyllä yhden lokakuun 2023 päivän aikana¹³. 13 hyvinvointialuetta vastasi muita ammatilaisia kuin lääkäreitä ja hammaslääkäreitä koskevaan tiedusteluun. Lääkäreitä koskevaan kyselyyn saatiin 17 hyvinvointialueelta vastaus, joskin niistä osa raportoi vain erikoissairaanhoidon tilanteen. Vajearvion lisäksi KT:n mukaan ostopalveluilla ja vuokralääkäreillä oli täytetty 310 perusterveydenhuollon lääkärin, 213 erikoissairaanhoidon lääkärin ja 26 hammaslääkärin tehtävää.

Taulukko 5. Arvioita henkilöstövajeesta

Henkilöstö, jota vaje koskee	Kumulatiivinen 2022, sekä julkisen että yksityinen, N	Poikkileikkaus 10/2023, hyvinvointialueet, N
Lähihoitajat (sosiaali- ja terveydenhuolto yhteensä)	6140	2377
Sairaanhoitajat	5336	2163
Lääkärit, perusterveydenhuolto		312
Lääkärit, erikoissairaanhoido		554
	865	
Hammaslääkärit	370	101

Arvioiden erot selittyvät tutkimusmenetelmien eroilla. Poikkileikkaus koskee yhden päivän tilannetta hyvinvointialueilla ja kumulatiivinen puolestaan koko vuoden yhteenlaskettua tilannetta julkisessa ja yksityisessä sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteensä. Sairaanhoitajia ja erityisesti lähihoitajia työskentelee paljon yksityisissä ikääntyneiden palveluissa.

Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittäneen verkoston¹⁴ mukaan hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttö on kasvanut kiihtyvällä tahdilla viimeisimpinä

¹³ Ruskoaho J. Pahin pula on lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä. KT-lehti 2/2024

¹⁴ STM (2024). [Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittävän verkoston raportti](#).

vuosina ja erityisesti vuoden 2023 aikana, kun hyvinvointialueet ovat aloittaneet toimintansa. Vuokratyövoimaan käytettyjen kustannusten kasvu on ollut nopeampaa kuin hyvinvointialueen omien henkilöstökulujen kasvu.

Vuokratyövoiman käytössä on myös merkittävää alueellista vaihtelua; erityisesti Uudenmaan alueilla työvoiman vuokrauksen osuus henkilöstökuluista on merkittävästi koko maan tasoa korkeampi. Vuonna 2022 työvoiman vuokraus oli suurinta perustason vastaanottopalveluissa, iäkkäiden kotihoidossa, somaattisessa erikoissairaanhoidossa, ympärivuorokautisissa päivystyspalveluissa sekä iäkkäiden tehostetussa palveluasumisessa. Työvoimanvuokraus on merkittävää sekä sosiaali- (erityisesti ikääntyneiden) ja terveyspalveluissa. Lisäksi edellä kuvatuissa palveluluokissa on hyvin vaihtelevasti eri sote-ammattilaisia, eli työvoimanvuokrauksen voidaan olettaa koskevan niin lääkäreitä kuin sairaan- ja lähihoitajia.

Lääkärit

Lähes 50 % lääkäreistä työskentelee päätoimissaan sairaalassa ja 25 % terveyskeskuksessa. Yksityisessä lääkärikeskuksessa tai -vastaanotolla työskentelee 16 % lääkäreistä ja 11 % on muussa toimipaikassa.¹⁵ Lääkärityövoiman vajetta on lähes kaikilla lääketieteen erikoisaloilla. Kunta- ja hyvinvointialueuetyönantajat KT tiedusteli hyvinvointialueilta niiden vakanssien täyttötilannetta kyselyllä yhden lokakuun 2023 päivän aikana (taulukko 6). Sairaaloissa määrällisesti eniten vajetta eli täyttämättä olevia tehtäviä on neurologian, ortopedian ja traumatologian, naistentautien ja synnytysten sekä lastentautien erikoisaloilla.

Osa lääkäreistä toimii koko- tai osa-aikaisesti sairaalassa tai terveyskeskuksessa sekä sen lisäksi pitää yksityisvastaanottoa. Tässä on huomattavaa erikoisalakohontaista vaihtelua.

Taulukko 6. Hyvinvointialueiden erikoissairaanhoidon lääkäreiden virkamäärä ja vajemäärä eräillä erikoisaloilla, lokakuu/2023. Lähde: Kunta- ja hyvinvointialueuetyönantajat KT

Erikoisala	Erikoislääkärivaje %	Erikoistuvien lääkäreiden vajae %	Vaje yhteensä %	Vaje yhteensä lkm	Ostopalvelu %	Virkoja yhteensä n
Korva- nenä- ja kurkkutaudit	3,2	0,0	2,6	3,5	0,1	138,1
Lastenkirurgia	1,7	0,0	1,4	0,5	1,7	34,7
Lastentaudit	4,0	7,2	4,7	12,5	0,4	266,0
Naistentaudit ja synnytykset	5,5	2,5	4,8	10,2	0,3	210,4
Neurokirurgia	5,0	11,8	6,2	3,0	0,2	48,4
Neurologia	16,0	19,8	17,0	29,1	1,2	171,0
Ortopedia ja traumatologia	9,7	5,1	8,4	16,7	2,8	199,7
Psykiatria	18,2	15,1	17,5	61,7	61,5	353,8

Yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien sisäänottomääriä on lisätty vuodesta 2011 alkaen (noin 600 opiskelijaa) siten, että vuonna 2021 opinnot aloitti noin 750 opiskelijaa.

¹⁵Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035 [STM 2022:21](#), s.18

Valmistumisprosentti on perinteisesti ollut korkea, noin 95 %. Lisätyt sisäännotot näkyvät kuuden vuoden viiveellä valmistuneiden määrissä, ja uusia lääkäreitä valmistuu nyt runsaat 700 vuosittain (vuosina 2021–2023 kotimaiseen tutkintoon perustuvien uusien laillistusten määrä on vaihdellut välillä 724–736). Lääkärien koulutusmäärien ohjauksessa on olennaista huomioida, että peruskoulutuksen muutokset näkyvät erikoislääkäri työvoimassa vasta noin 15 vuoden kuluttua, koska erikoistuminen aloitetaan vasta perustutkinnon suorittamisen jälkeen.

Opetus- ja kulttuuriministeriö sekä Helsingin, Turun, Tampereen, Itä-Suomen ja Oulun yliopistot ovat kesällä 2024 sopineet lääkäri- ja eläinlääkärikoulutuksen koulutusmäärien pysyvistä lisäämisestä. Lääketieteen lisensiaatin tutkintoon johtavan koulutuksen aloittajamääriä lisätään jo vuoden 2024 sisäännotossa. Lääkärikoulutuksen aloittajamäärät nousevat 71 aloittajalla nykyisestä 755 aloittajan tasosta. Koulutusmääriä nostetaan kaikissa edellä mainituissa yliopistoissa.

Kotimaisten yliopistojen lisäksi ulkomaisissa yliopistoissa opiskeli lukukaudella 2022-23 lääketiedettä yli 1100 suomalaista.¹⁶ Lukuvuonna 2011–2012 ulkomailta lääketiedettä opiskelevia oli vain noin 300, joten vuosikymmenen mittaan nousu on ollut merkittävää. Suosituin opiskelumaa tällä hetkellä on Latvia (lähes 400 suomalaista opiskelijaa), ja seuraavana tulevat Romania (noin 200), Ruotsi (135) ja Viro (runsaat 100 suomalaista opiskelijaa). Lääkäriliiton kyselyn perusteella noin 90% opiskelijoista aikoo erittäin tai melko varmasti palata opintojen jälkeen Suomeen töihin¹⁷.

Laillistetun lääkärin ammattioikeuksia vuoden 2023 lopussa oli alle 65-vuotiailla 24 974 ja yli 65-vuotiailla 9209, eli yhteensä laillistettuja lääkäreitä oli vuoden 2023 lopussa 34 183. Uusien Valviran laillistamien lääkäreiden määrä oli vuonna 2023 kaikkiaan 1107, joka oli yli sata enemmän kuin edellisellä vuonna (1003). Toisessa EU/ETA -maassa suoritettua tutkintonsa perusteella laillistuksen sai vuonna 2023 yhteensä 335 lääkäreitä, kun vuonna 2022 vastaava luku oli 229. Edellinen muutos selittääkin pääosin laillistusten kokonaismäärän kasvun. Tämä ryhmä sisältää merkittävän määrän suomalaisia (ks. edellä), jotka ovat tehneet tutkintonsa toisessa EU/ETA -maassa. EU/ETA -alueen ulkopuolella kouluttautuneille lääkäreille laillistuksia myönnettiin vuonna 2023 yhteensä 48, joka on samaa tasoa kuin edellisellä vuonna (viite: Valvira 2024).

Suomalaiseen lääkärintutkintoon perustui vuonna 2023 siis vain 65 % kaikista uusista lääkäreiden laillistuksista. On huomattava, että vaikka ulkomailta koulutuksen saaneet ulkomaalaistaustaiset lääkärit hankkivat laillistuksia Suomesta, kaikki heistä aina eivät välttämättä hakeudu Suomeen (ainakaan pysyvästi) töihin.

Lääketieteen erikoisaloja on tällä hetkellä 50. Tähän asti n. 80 % lääkäreistä on erikoistunut jossain vaiheessa työuransa aikana. Kyselyjen perusteella yli 90 % nuorista lääkäreistä aikoo erikoistua. Toisaalta epätyypilliset työnkuvat lääkäreillä yleistyvät, eivätkä kaikki lääkärit tulevaisuudessakaan erikoistu.¹⁸ Erikoislääkäritarvetta nostaa väestön ikääntyminen ja lääkäreiden osa-aikatyön yleistyminen.¹⁹ Viime vuosina erikoissairaanhoidossa on ollut

¹⁶Kelan Opintotukitilasto

¹⁷ https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1450/230427opiskelijatutkimus2022_koostejulkaisu_for-web.pdf, s. 10

¹⁸ STM 2022:21, s. 20.

¹⁹ STM:n arvioita sote-alan henkilöstö- ja koulutustarpeesta hallituskauden aikana STM 2023, s. 8.

täyttämättä 600–700 lääkärin tehtävää. Erva-alueista eniten vajetta oli syksyllä 2021 Tyks-ervassa ja paras tilanne oli Hyks-ervan alueella.²⁰

Vuosina 2012–2021 uusia erikoislääkäreitä on valmistunut vuosittain keskimäärin noin 620, viime vuosina noin 700. Jos uusia erikoislääkäreitä valmistuu tulevina vuosina 700 vuodessa, nousee erikoislääkärien kokonaismäärä v. 2035 mennessä nykyisestä (n. 13 000) huomattavasti (27 %) noin 16 200 erikoislääkäriin. Kasvu alkaa kuitenkin selkeämmin vasta 2030-luvulla, kun eläköitymisaalto taittuu.²¹ Työikäisten erikoislääkärien määrät eri aloilla kehittyvät epätasaisesti. Erikoislääkärien kokonaismäärä on kasvanut vuosina 2015–2021 mutta päivystävillä erikoisaloilla erikoislääkärimäärä on laskenut lastenneurologian, lastenpsykiatrian, psykiatrian, sisätautien ja yleiskirurgian erikoisaloilla. Erityisen huolestuttava tilanne on psykiatrian alalla.²²KT:n selvityksen mukaan perusterveydenhuollossa on huomattava lääkäri vajetta (täyttämättömiä tehtäviä) (taulukko 7).

Taulukko 7. Hyvinvointialueiden terveyskeskuslääkäreiden virkamäärä ja vajetta terveyskeskuksissa 10/2023

	Erikoislääkäri vajetta %	Erikoistuvien lääkäreiden vajetta %	Vajetta yhteensä %	Vajetta yhteensä lkm	Ostopalvelu %	Virkoja yhteensä n
Terveyskeskuslääkärit - yleislääketiede	11,1	15,0	13,3	229,9	10,0	1723,9
Terveyskeskuslääkärit - geriatria	17,9	53,3	21,9	11,6	15,8	53,0
Terveyskeskuslääkärit - muu erikoisala	7,2	0,0	7,1	4,2	35,0	59,4
Terveyskeskuslääkärit - ei erikoistuneet	0,0	9,7	9,5	65,9	15,6	692,2
Yhteensä	11,1	13,0	12,3	311,6	12,3	2528,5

Lääkäri vajetta terveyskeskuksissa on pitkään pysynyt ennallaan: hoitamatta oli vuonna 2022 325 tehtävää (8,0 %), joihin oli haettu tekijää, mutta ei oltu saatu. Lisäksi hoitamatta oli 97,5 tehtävää, joihin ei pyrittykään hakemaan tekijää. Lisävakanssien tarve on noin 300 kappaletta eli noin 7-8 % nykyisten vakanssien kokonaismäärästä. Arvio lisävakanssien tarpeesta on kasvanut suhteessa edelliseen vuoteen, jolloin se oli noin 5%.²³

Joka neljäs hyvinvointialueen lääkäri työskentelee osa-aikaisesti. Lääkäreiden osa-aikatyö on yleistynyt viime vuosina ja yleisin syy lääkäreiden osa-aikatyön taustalla on työkuormituksen keventäminen. Tämä syy korostuu erityisesti perusterveydenhuollon lääkäreillä.

²⁰ STM 2022, 40 Työvoimatiedusteluissa vajeeksi lasketaan tehtävät, joissa ei ollut tekijää tutkimuspäivänä. Sijaisella, vuokratyöntekijällä tai erikoistuvalla lääkärillä täytetyt tehtävät ole vajetta. Muiden kuin julki-sen sektorin osalta tilastotietoa ei ole käytettävissä. Myöskään sairaanhoitopiirikohtaista tietoa ei ole julkaistu.

²¹ STM 2022:21, s. 20–21

²² STM 2022:21, s. 19.

²³ Terveyskeskusten lääkäritilanne 2022, Lääkäriliitto 2022.

Terveyskeskuslääkäreillä on havaittu toistuvasti muita enemmän jatkuvan kiireen, hallitsemattoman työmäärän ja resurssipulan aiheuttamaa kuormitusta.²⁴

Lääkarit jäävät tällä hetkellä keskimäärin noin 65-vuotiaana vanhuuseläkkeelle. Lähivuosina eläköityvien määrä on noin 600 lääkäriä vuodessa, mutta määrä laskee 2030-luvulle tultaessa noin 500 lääkäriin vuodessa. Noin 60 % lääkäreistä eläköityy hyvinvointialueiden tehtävistä ja noin puolet eläköityneistä lääkäreistä jatkaa työskentelyä vielä eläkkeellä ollessaan. Laskennallisesti 65–69 –vuotiaiden lääkärin työmarkkinoille osallistuminen vastaa noin 500–600 kokoaikaisen lääkärin työpanosta.²⁵

Erikoislääkäreistä 52 % saavuttaa eläkeiän (65- v) vuoteen 2035 mennessä.²⁶ Erikoislääkärien eläköityminen on suurimmillaan v. 2022–2028, jolloin n. 500 erikoislääkäriä jää vuosittain eläkkeelle. Monella erikoisalalla valmistuvien erikoislääkäreiden määrä ei 2020-luvulla riitä korvaamaan eläköityvien määrää.

Hammaslääkarit

Vuonna 2021 Suomessa oli työelämässä 3 764 alle 65-vuotiaasta hammaslääkäriä²⁷. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Hammaslääkäriliiton tekemän työvoimaselvityksen mukaan lokakuussa 2023 hammaslääkärivaje terveystieteissä oli 11,7 prosenttia, kun se vuonna 2019 oli 5,0 prosenttia, ja samana ajanjaksona vuokratyövoiman osuus oli kasvanut 2,0 prosentista 3,3 prosenttiin²⁸. Vuonna 2021 työikäisiä erikoishammaslääkäreitä oli 690, ja heistä 61 prosenttia saavuttaa eläkeiän vuoteen 2035 mennessä. Erikoishammaslääkäritarve vuonna 2035 on noin 1 000, ja tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttää noin 50 erikoishammaslääkärin valmistumista vuosittain, mikä vaatii koulutuksen lisäämistä. Erikoishammaslääkärien määrässä on suuri alueellinen vaihtelu²⁹. Hammaslääkäreistä vain pieni osa työskentelee sairaaloissa. Keväällä 2024 noin 4 prosentilla oli päätoimi sairaalassa, 52 prosentilla terveystieteissä, 36 prosentilla yksityissektorilla ja 8 prosentilla muualla, kuten yliopistolla, valtiolla tai järjestössä³⁰.

Hoitotyön ammattihenkilöt

Sosiaali- ja terveydenhuollossa vuoden 2021 lopussa työskenteli lähes 355 000 henkilöä. Näistä ammattiryhmistä suurimmat olivat lähihoitajat ja vastaavissa tehtävissä toimivat henkilöt, sekä sairaanhoitajat, kättilöt ja terveydenhoitajat. Yhdessä nämä ryhmät muodostivat yli 40 prosenttia terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstöstä.³¹

²⁴ [Lääkäriliitto 2022](#).

²⁵ [STM 2022:21](#), s. 40.

²⁶ STM:n arvioita sote-alan henkilöstö- ja koulutustarpeesta hallituskauden aikana [STM 2023](#), s. 8.

²⁷ [STM 2022:21](#), s. 25

²⁸ Hammaslääkäriliiton työvoimaselvitys 2023

<https://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/2024-01/Ty%C3%B6voimaselvitys%202023%20-%20Terveyskeskukset.pdf>

²⁹ [STM 2023](#), s. 4

³⁰ Hammaslääkäriliiton työmarkkinatutkimus 2024

<https://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/2024-07/Ty%C3%B6markkinatutkimus%202024.pdf>

³¹ Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2020, [THL tilastoraportti](#)

Vuoden 2023 alussa hyvinvointialueille siirtyneistä määrällisesti suurin ammattiryhmä oli sairaanhoitajat, joita siirtyi arvion mukaan 48 235. Lisäksi siirtyi terveydenhoitajia vajaa 6200 ja kättilöitä vajaa 2000. Lukumäärällisesti hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä eniten täyttämättä oli sairaanhoitajan ja lähihoitajan tehtäviä.

Viime vuosina hoitohenkilöstöön liittyvä työvoimavaje on pahentunut sekä julkisessa että yksityisessä palvelutuotannossa.³²

Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kättilöt, ensihoitajat

Sairaanhoitajan ammateissa toimivista lähes 85 prosenttia toimi sairaanhoitajina (sisältää amk-ensihoitajat), kolme prosenttia kättilöinä ja 12 prosenttia terveydenhoitajina.³³ Kättilöistä, ensihoitopalvelun ensihoitajista ja terveydenhoitajista ei juurikaan työvoimavajetta, vaan suurin vaje keskittyy sairaanhoitajiin.³⁴

Laillistettujen sairaanhoitajien määrä on ollut laskusuuntainen, mutta viime vuonna 2023 laillistusten määrät nousivat kasvuun. Vuonna 2022 sairaanhoitajille myönnettiin laillistuksia 3302, joka on 842 vähemmän kuin edellisellä vuonna ja 1118 vähemmän kuin vuonna 2020. Vuonna 2023 myönnettiin sairaanhoitajan ammattioikeuksia 935 kappaletta edellisvuotta enemmän.

Sairaanhoitajista 81 prosenttia työskenteli vuonna 2021 terveydenhuollossa ja 17 prosenttia sosiaalihuollossa. Loput 2,6 prosenttia sairaanhoitajan ammateissa toimivista työskenteli muilla toimialoilla. Terveydenhuollossa työskentelevistä sairaanhoitajista 63 prosenttia työskenteli terveydenhuollon sairaala- ja laitospalveluissa.³⁵

Sairaanhoitajien eläköityminen on varsin suurta tällä vuosikymmenellä. Viiden seuraavan vuoden kuluessa on arvioitu eläköityvän noin 8500 sairaanhoitajaa, joista julkiselta sektorilta noin 7000.³⁶ Kunta-alalta eläköityy vuosien 2022–2031 aikana 24,6 % sairaanhoitajista, 31,2 % terveydenhoitajista ja 45 % osastonhoitajista.³⁷

Koulutuspaikan sairaanhoitajatutkintoon vastaanottaa vuosittain vajaa 5000 henkilöä. Viime vaalikaudella sairaanhoitajien koulutuspaikkoja lisättiin määräaikaaisesti 1000:lla vuosina 2020–2022. Lisäys näkyy työmarkkinoilla vuodesta 2024 alkaen. Vuosina 2024–25 lisätään sairaanhoitajien koulutuspaikkoja määräaikaisesti yli tuhannella. Sairaanhoitajakoulutukseen ensisijaisesti hakeneiden määrä on laskenut tasaisesti vuosina 2016–2020. Kaikkien hakijoiden määrä nousi hieman vuonna 2020 samalla kun aloituspaikan vastaanottaneiden määrä nousi.³⁸ Koulutuksen aloituspaikat on kuitenkin saatu varsin hyvin täytettyä.

Lähihoitajat

Lähihoitajan tutkinto on ammatillinen sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto, jonka kesto on kolme vuotta. Lisäksi lähihoitajaksi on mahdollista opiskella ammattia vaihtaen

³² [STM 2023](#)

³³ [Sairaanhoitajaliitto](#), Tilastotietoa sairaanhoitajista.

³⁴ [STM 2023](#)

³⁵ [Sairaanhoitajaliitto](#)

³⁶ [STM 2023](#)

³⁷ [Sairaanhoitajaliitto](#)

³⁸ [Sairaanhoitajaliitto](#)

oppisopimuskoulutuksena. Lähihoitajavaje on viime vuosina ollut voimakkaassa kasvussa. Lähihoitaja on ollut vuonna 2020 suomalaisten työssäkäyvien toiseksi yleisin ammatti. Arvioiden mukaan lähihoitajista työskenteli sosiaalipalveluissa 73 % ja terveystalveissa 27 %. Lisäksi 15 % työskenteli muulla kuin sote-alalla. Huomattavan suuri osa lähihoitajista jatkaa opintoja sairaanhoitajaksi.³⁹

Lähihoitajan ammattioikeuksia oli vuoden 2022 lopussa alle 65-vuotiailla 180 434 sosiaalihuollossa ja 13 535 terveydenhuollossa. Sama henkilö voi olla rekisteröityneenään molemmissa. Lähihoitajan ammattinimikkeiden nimikesuojausten määrä on ollut muutaman vuoden ajan laskusuuntainen, mutta se nousi kasvuun vuonna 2023.

Lähihoitajista suurin osa eli 58 % työskentelee ikäihmisten palveluiden parissa. Toiseksi eniten lähihoitajia (34 %) työskentelee varhaiskasvatuksessa. Perusterveydenhuollossa lähihoitajista työskentelee 4 % ja erikoissairaanhoidossa 2 % ja muissa sote-palveluissa 2 %. Erikoissairaanhoidossa työskentelevien lähihoitajien määrä on kasvussa, kun sairaanhoitajien rekrytointi on vaikeutunut. Erikoissairaanhoidon lähihoitajia on ollut mahdollista saada. Suurin vaje on ikääntyneiden palveluissa.⁴⁰

Koulutuspaikkoja hoitajamitoituksen vuoksi on linjattu lisäävän 5 000:lla vuoteen 2025 mennessä. Pysyvien koulutuspaikkojen lisäyksen tarvetta on mahdollista arvioida aikaisintaan vuonna 2024, kun nähdään tehtyjen koulutuksen lisäysten vaikutukset.⁴¹

2.2 Nykytilan arviointi

2.2.1 Yleistä toimintaympäristöstä

Valtion sekä hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän, joille sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi 1.1.2023, on turvattava väestön riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut perustuslain ja muun lainsäädännön vaatimusten mukaisesti. Palveluiden saatavuus, saavutettavuus, laatu, vaikuttavuus sekä asiakas- ja potilasturvallisuus on turvattava mahdollisimman yhdenvertaisesti, mutta kuitenkin yhteiskunnan taloudelliset ja henkilöstöresurssit tähän tavoitteeseen sovittaen.

Julkisen talouden kestävyttä koetellaan monesta syystä, joista demografinen murros on tulevaisuudessa erityisen keskeinen. Syntyvyys on ennätyksellisen alhainen ja väestön ikääntyminen vastaavasti ennätyksellisen suurta. Työvoimasta on Suomessa pulaa lukuisilla sektoreilla. Osaavan työvoiman saatavuus onkin rajoittunut pitkäaikaisesti. Kilpailu työvoimasta kasvaa ja kohtaamisongelma on merkittävä. Pienenevistä ikäluokista ei voida jatkuvasti kouluttaa entistä suurempaa suhteellista osaa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Väestörakenteen muutoksiin on välttämätöntä reagoida yhteiskunnan sosiaalisen ja taloudellisen kestävyuden säilyttämiseksi ja edistämiseksi.

Hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle siirtyneen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ylittävät 8 miljardin euron rajan vuonna 2022. Menojen kasvu on jatkunut voimakkaana yli viidentoista vuoden ajan. Nimellistä kasvua vuodesta 2006 on lähes

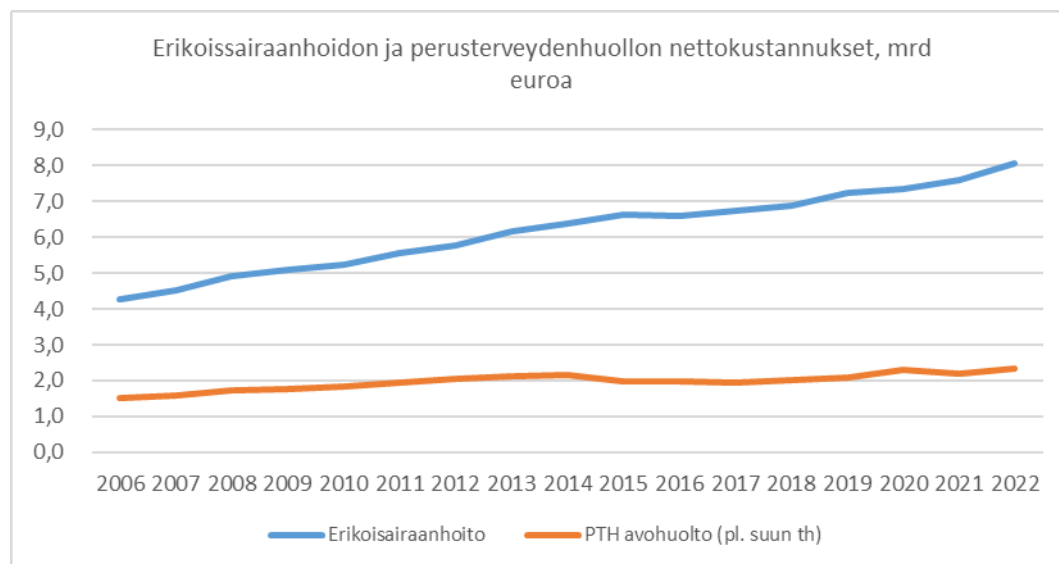
³⁹ [STM 2023](#)

⁴⁰ Vertikal selvitys

⁴¹ [STM 2023](#)

90 prosenttia. Samaan aikaan perusterveydenhuollon avohuollon menot ovat laahanneet lähes paikallaan olleen noin 2,3 miljardia euroa vuonna 2022 (Kuvio 5).

Kuvio 5. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kustannukset 2006–2022. Lähde: Sotkanet⁴²



Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää haastavat useista syistä pitkään kertynyt hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelka ja julkisen talouden vaikea tila sekä erityisesti nopeasti hankaloitunut henkilöstövaje. Osaajien saatavuuden haasteet ilmenevät käytännössä koko Suomessa, kaikissa terveydenhuollon ammattiryhmissä ja lähes kaikissa palveluissa. Väestöprofiili on muuttumassa ikääntyvien osuuden kasvaessa ja huoltosuhteen heiketessä. Tämä lisää palveluntarvetta ja toisaalta haastaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyttä entisestään. Jopa kolmasosa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä eläköityy seuraavan kymmenen vuoden aikana. Kasvavasta palvelutarpeesta huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden määrä ei tulevaisuudessa kasva tarvetta vastaavasti, vaan todennäköisesti vähenee.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön vuosittaisessa selvityksessä⁴³ arvioidaan järjestämislain 31 §:n perusteella hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyyttä. Vuoden 2023 arviointi on tehty valtakunnallisella tasolla hyödyntäen Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arvioita sekä hyvinvointialueilta ja valvovilta viranomaisilta saatuja selvityksiä.

⁴²

https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=s_a3tbZIBAA=®ion=s07MBAA=&year=sy5zsc7S0zUEAA==&gender=t&t=line

⁴³

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165367/STM_2024_1_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lähes kaikkien hyvinvointialueiden ensimmäisen toimintavuoden 2023 tulokset muodostuivat merkittävän alijäämäisiksi. Hyvinvointialueiden rahoituskehyksen on ennakoitu jatkuvan erittäin tiukkana tulevina vuosina. Hyvinvointialueiden oman arvion mukaan alueilla on edellytykset järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja riittävän yhdenvertaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan alueiden eriytyminen vaarantaa kuitenkin jo nyt yhdenvertaiset palvelut ja eriytyminen jatkaa kasvuaan, mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapoja ja palvelurakenteita ei kyetä määrätietoisesti ja ripeästi uudistamaan.

Hyvinvointialueiden väestömäärä ja väestön palvelutarpeet vaihtelevat alueiden välillä. Länsi- ja Etelä-Suomessa väestö on keskimääräistä terveempää ja sairastavuus on vastaavasti suurinta Itä- ja Pohjois-Suomessa. Palvelujen toimintavarmuudessa, laadussa sekä potilas- ja asiakasturvallisuudessa on myös ongelmia ja alueellista vaihtelua. Ongelmat erityisesti peruspalvelujen saatavuudessa ja laadussa ovat johtaneet monilla alueilla muiden palvelujen kuormittumiseen epätarkoituksenmukaisella tavalla. Selvityksen mukaan keskuskaupungeissa ja -kunnissa palvelutuotannon tilanne on parempi kuin reuna-alueilla.

Selvityksen mukaan palvelujen saatavuuden ongelmien taustalla on henkilöstövaje kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattialoilla. Tilanteeseen tarvitaan sekä alueellisia että kansallisia toimia. Selvityksessä arvioidaan, ettei sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön kokonaismäärä tule merkittävästi nousemaan ja nykyisiin palvelujen tuotantorakenteisiin ja -tapoihin riittää jatkossa nykyistäkin vähemmän henkilöstöä.

Palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiseksi sekä integraation edistämiseksi hyvinvointialueilla on panostettu liikkuviin palveluihin, etä- ja puhelinpalveluihin, asiakasohjaukseen, palvelutarpeen arviointiin, neuvontaan ja yhtenäisiin palvelujen myöntämiskriteereihin. Kehittämisohjelmia on rahoitettu myös kansallisesti. Kehittäminen ja uusien toimintamallien jalkauttaminen alueilla ja kansallisesti ovat kuitenkin kesken ja palveluiden integraatio toteutuu vielä hajanaisesti. Palvelujen ja palveluverkon nykytilaa on kartoitettu valtaosassa hyvinvointialueita, mutta varsinaiset muutokset ajoittuvat tuleville vuosille.

Hyvinvointialueiden tulisi pystyä kehittämään toimintaansa pitkäjänteisesti sekä taloudellisesti että sosiaalisesti ja ekologisesti kestävästi. Julkisen talouden ja sen osana hyvinvointialueiden talouden vaikea tilanne on kuitenkin ongelmallinen. Hyvinvointialueet tekevät haastavissa tilanteissa omia muutosohjelmia ja osin lyhyen aikavälin sopeutustoimia harkittujen uudistamistoimien rinnalla tai sijaan saavuttaakseen taloudellisesti kestävä toiminnan ja taatakseen järjestämisvastuun toteutumisen lainmukaisesti. Aiempien investointipäätösten mukaiset uudisrakennus- ja peruskorjaushankkeet sekä tietojärjestelmien edellyttämä yhtenäistäminen jatkuvat hyvinvointialueilla.

Merkittävä pula osaavista ammattilaisista ja julkisen talouden haasteellinen tilanne ovat edelleen tärkeimmät syyt jatkaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden voimakasta uudistamista. Selvityksen johtopäätöksinä todetaan, että palvelujärjestelmän painopistettä pitäisi siirtää erityistason palveluista kohti kustannusvaikuttavampia peruspalveluja ja ennaltaehkäiseviä toimia.

Jotta palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan jo tapahtuneisiin toimintaympäristön muutoksiin sekä tulevaisuuden haasteisiin, on palvelurakennetta kehitettävä sekä palveluita uudistettava ja niiden vaikuttavuutta lisättävä. Tavoitteisiin pääsemiseksi tarvitaan yhtäaikaaisesti normi-, resurssi-, informaatio- ja vuorovaikutusohjauksen käytettävissä olevia työkaluja.

Kunkin hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän on kyettävä varmistamaan järjestämisvastuullaan oleva toiminta. Kullakin hyvinvointialueella olisi riitettävä osajia juuri kyseisen alueen vastuulla oleviin ja/tai vastuulle tuleviin tehtäviin. Kokonaisuutta on tarkasteltava myös laajemmin kuin yhden hyvinvointialueen tasolla, eli yhteistyöaluetasoisesti ja myös kansallisesti. On ensisijaisesti turvattava käytettävissä olevan resurssin mahdollistamat ja väestön edellyttämät peruspalvelut ja sen jälkeen arvioitava, mitkä erityispalvelut kullakin alueella on tarkoituksenmukaista ja mahdollista tuottaa. Vaikuttavia, tiiviitä ja uusia yhteistyön muotoja tarvitaan hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden välillä. Valtioneuvosto ja sen ministeriöt tarkastelevat kokonaisuutta myös valtakunnallisella tasolla, ja tarpeen esiintyessä järjestelmää ohjataan säädöksin ja muulla ohjauksella. Palvelujärjestelmän muutokset ja palveluiden uudistaminen on toteutettava hallitusti. Riittävien ja suunnitelmallisten siirtymävaiheiden avulla voidaan varmistaa muun muassa asiakaslähtöiset ehdot palvelupolut, henkilöstön asema, tehtävämuutokset ja rekrytointi sekä mahdollisesti tarvittavat investoinnit (tilat, laitteet). Huonoin vaihtoehto on, että palvelujärjestelmässä joudutaan tekemään äkillisiä ratkaisuja henkilöstö- tai taloustilanteen kriisiytyessä. Tällaiset ratkaisut ovat yleensä myös merkittäviä lisäkustannuksia aiheuttavia.

2.2.2 Henkilöstötilanteen arviointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon koulutettujen henkilöiden rekrytointi aiheuttaa haasteita käytännössä koko Suomessa. Työvoiman saatavuus on rajoittunut todennäköisesti pitkäaikaisesti. Haasteita on sosiaali- ja terveystoimessa runsaasti etenkin ikääntyneiden palveluissa. Lääkäreissä määrällisesti suurin vaje on terveyskeskuksissa toimivasta lääkäreistä. Tämä on pidentänyt hoitojonoja ja johtanut merkittävään vuokratyövoiman käyttöön erityisesti päivystystoiminnassa. Terveyskeskusten lääkäri-vaje on osaltaan muuttanut terveyskeskuslääkärin työtä entistä raskaammaksi, mikä on johtanut muun muassa perusterveydenhuollon lääkäreiden osa-aikaisen työn lisääntymiseen suuren työkuorman vuoksi. Tämä edelleen vaikeuttaa lääkäritilannetta terveyskeskuksissa.

Useilla erikoisaloilla on vajetta sekä erikoislääkäreistä että erikoistuvista lääkäreistä.

Henkilöstövaje on aiheuttanut haasteita lakisääteisten palveluiden tuottamiseen ja se on myös vaikuttanut tuotettujen palveluiden laatuun. Työvoimaa on jouduttu hankkimaan vuokratyövoimana ja ostopalveluina, mikä on osin johtanut epäterveeseen kilpailuun työvoimasta sekä työpanoksen hinnan nousuun. Vuokratyövoiman kasvun juurisyyinä voidaan pitää kysyntään nähden riittämätöntä sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman kokonaismäärää, eli koska työvoiman kysyntä ylittää tarjonnan, sote-henkilöstölle avautuu mahdollisuus siirtyä julkiselta yksityiselle sektorille korkeampien ansioiden kannustamana. Ongelmaa voidaankin ensisijaisesti pitää työmarkkinoiden häiriönä, jossa rajallinen työvoiman tarjonta ei riitä kattamaan kasvavaa kysyntää.

Kilpailu työvoimasta kasvaa ja kohtaamisongelma on merkittävä. Pienenevistä ikäluokista ei voida jatkuvasti kouluttaa entistä suurempaa suhteellista osaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Sekä lääkäreiden että sairaanhoitajien eläköityminen on suurta tämän vuosikymmenen aikana. Lisäksi työaikalainsäädännön muutokset ovat johtaneet siihen, että ympärivuorokautinen päivystystyöpanos on yhä selkeämmin pois päiväaikaan käytettävissä olevasta resurssista. Tämän vuoksi on erittäin tärkeää kohdentaa saatavissa oleva työvoima mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti eri sosiaali- ja terveyspalveluihin. Lisäksi koko ajan on kehitettävä uusia toimintamalleja, mm. digitalisaation ja teknologian avulla, jotta henkilöstöriippuvaisuutta voidaan vähentää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen kattamiseksi on tarpeen tehdä kestäviä ratkaisuja sekä lyhyellä ja pitkällä aikavälillä niin, että Suomessa on osaavia ja työssään hyvinvoivia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia oikeassa paikassa ja oikealla osaamisella jatkossakin. Tarvitaan useita toimenpiteitä hallinnonalojen yhteistyönä, jotta tähän tavoitteeseen päästään. Osana kansallista palvelureformia toteutetaan vuosina 2024–27 Hyvän työn ohjelma, jossa laajalla keinovalikoimalla pyritään varmistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyttä, saatavuutta ja työkykyä. Tätä kuvataan tarkemmin luvussa 2.2.4.

2.2.3 Päivystystä ja erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat selvitykset

2.2.3.1 Kansallisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja päivystysten porrasteisuuden, työnjaon ja yhteistyön työryhmän ehdotukset

Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö asetti syksyllä 2023 ministeriöiden ja hyvinvointialueiden virkahenkilöistä koostuvan työryhmän kansallisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja päivystysten porrasteisuuden, työnjaon ja yhteistyön selvittämiseksi. Tehtävänä oli selvittää nykytilaa ja arvioida tulevaisuuden vaihtoehtoja sekä laatia asiasta ehdotuksia. Työryhmälle asetetun ohjausryhmän tehtävänä oli varmistaa ja tukea työryhmän työn etenemistä.

Työryhmä toi esiin tammikuussa 2024 julkaistussa raportissaan niitä nykytilaa määrittäviä ja haastavia tekijöitä, joita on myös käsitelty edellä osana tämän esityksen nykytilan kuvausta ja arviointia, sekä uusien toimintamallin tuomia mahdollisuuksia. Raportissa oli esillä muun muassa hoito- ja palveluvelka, henkilöstön saatavuuden haasteet, väestörakennemuutokset ja toisaalta uudet toimintamallit kuten digi- ja etäpalvelut, kotisairaala, jalkautuvat ja liikkuvat arviointitiimit, moderni ensihoitopalvelu ja potilassiirrot, kehittyvä lääkärihelikopteritoiminta sekä yhteistyöaluetasoiset ja kansalliset etäpäivystys- ja konsultaatiomahdollisuudet.

Työryhmän tekemän arvion perusteella nykyinen sairaala- ja päivystysverkko ei ole enää vaihtoehto kansallisesti tarkastellen. Osaajat eivät riitä eikä palvelurakenne ole taloudellisesti kestävä. Julkisten sairaaloiden määrä ei voi nousta ja niiden määrän sekä ympärivuorokautisesti päivystävien ammattilaisrinkien määrän pitää laskea kansallisella tasolla. Työryhmän mukaan osaajien ja osaamisen riittävyys onkin sairaaloiden profiloinnin ja tulevaisuuden palveluverkon tärkein muutosajuri. Se on edellytys terveydenhuollon laadulle, vaikuttavuudelle ja asiakas- ja potilasturvallisuudelle. Järjestelmän kustannusvaikuttavuus ja kustannusten kasvun hillintä onnistuvat ainoastaan, mikäli osaajia on riittävästi. Lisäksi työnjakoa kehittäessä on otettava huomioon valmiuden ja varautumisen näkökulma. Työryhmän perspektiivi ulottui pidemmälle tulevaisuuteen kuin vain nykytilan huomioon ottamiseen. Se tarkasteli asiaa valtakunnallisesta ja terveydenhuollon järjestämisen näkökulmasta.

Työryhmän mukaan jokaisen hyvinvointialueen on oleellista kyetä turvaamaan ja siirtämään painopistettä ennen kaikkea väestönsä peruspalveluihin ja päivystys-, sairaala- ja vuodeosastotoiminnassa usein tarvittaviin palveluihin ja jatkohoitoon. Hyvinvointialueiden tulee kyetä varmistamaan integraatio mm. sosiaalipalveluiden kanssa sekä kehittämään alueellisia hoito- ja palvelupolkuja.

Osaamisen ja sen ylläpidon sekä yhteiskunnallinen kustannusvaikuttavuuden varmistamiseksi erityisosaamisen ammattilaisia tai tiimejä, erityistiloja, laitteita tai välineitä on keskitettävä. Aikariippuvaisten hätätilanteiden (aivoverenkiertohäiriöt, sydäntapahtumat) osalta on varmistettava nopea hoitoon pääsy eri alueilla ja palveluverkon sekä konsultaatiokäytäntöjen on tältä osin oltava riittävät. Hoito voidaan osin aloittaa ja toteuttaa myös etäkonsultaatioiden tuella. Kaikista henkeä uhkaavimmissa tilanteissa on tärkeintä nopea ja osaava

ensihoitotoiminta - tarvittaessa lääkärihelikopteritoiminnalla tuettuna - sekä kuljettaminen kattavan palveluvalikoiman sairaalaan. On oltava sovittu ja eri toimijoille selkeää, missä mitään potilasryhmää hoidetaan.

Jatkossa on työryhmän mukaan luotava hyvinvointi- ja yhteistyöaluerajat ylittäviä yhteistyömalleja. Muutokset sairaala- ja päivystysverkossa mahdollistavat ja vauhdittavat uusien toimintamallien käyttöönottoa ja kehittämistä, ja toisaalta ilman niitä sairaalaverkko ei voi uudistua riittävästi.

Selvityksessä tunnistettiin mekanismeja, joilla kustannusten hillintää on mahdollista aikaansaada, mutta myös todettiin, ettei kustannuksia ja sen kaikkia mekanismeja voitu työryhmätyön yhteydessä vielä selvittää. Työryhmä kiinnitti huomiota siihen, että keskittämisen yhteydessä tulee hyvinvointialueiden välisen laskutuksen ja palveluiden hinnoittelun olla oikeudenmukaista ja läpinäkyvää. Tähän tarvitaan kansallista ohjausta.

Työryhmä katsoi, että jotta muodostuu kansallinen kokonaisuus, sairaaloiden portaitaisuudesta, yhteistyöstä ja työnjaosta tulee säätää lailla. Johdonmukaisena ja suunniteltuna kokonaisuutena toimiva sairaala- ja päivystysverkko on myös kansallisen valmiuden ja varautumisen pohja. Hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla on osin osoittautunut vaikeaksi saada aikaan omilla päätöksillä uudistumista sairaaloiden ja päivystysten palveluverkon osalta.

Työryhmä ehdotti kaksivaiheista uudistamisesta. Se toi kuitenkin myös esiin useita lisä- ja jatkoselvitystarpeita sekä toimeenpanon aikataulun varmistamista siten, että toimeenpano on hallittu ja potilasturvallisuus toteutuu.

Työryhmän ehdotus vaihe 1: 1.1.2026 alkaen

1. Yöaikaisten erillisten perusterveydenhuollon päivystyspisteiden vähentäminen
 - ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä voidaan ylläpitää ainoastaan erittäin pitkien etäisyyksien (Ivalo ja Kuusamo) vuoksi.
 - poikkeuslupamenettelystä luovutaan
2. Jokaisella hyvinvointialueella (lukuun ottamatta Uttamaata) voi olla yksi synnytysairaala. Myös Uudellamaalla tulee synnytysairaaloiden määrää vähentää nykyisestä.
 - poikkeuslupamenettelystä koskien synnytysten lukumääriä luovutaan
3. Jokaisella hyvinvointialueella (lukuun ottamatta Uttamaata) voi olla yksi sairaala, jossa voi toteuttaa konservatiivisten ja operatiivisten erikoisalojen *ympärivuorokautista* päivystystä, leikkaustoimintaa sekä tehohoitoa ja -valvontaa. Uudenmaan osalta näiden sairaaloiden määrää ja palveluvalikoimaa on arvioitava vastaavin periaattein.
 - siirtymävaiheen 2026–2030 aikana näissä tietyissä sairaaloissa voi toteuttaa sellaista päiväaikaista kirurgista toimintaa, mikä ei edellytä ympärivuorokautista operatiivista päivystystä (päiväkirurgia, lyhytjälkihoitoinen kirurgia) edellyttäen, että muun muassa keskittämisen- ja päivystysasetusten edellytykset leikkaustoiminnalle muutoin täyttyvät. Leikkaustoiminta ei voi laajentua nykyisestä uusiin sairaaloihin

- kohdan 2 synnytyssairaalan ja kohdan 3 ympärivuorokautisesti päivystävän sairaalan tulee hyvinvointialueella olla sama sairaala.
4. Hyvinvointialueille annetaan mahdollisuus tuottaa anestesiaa edellyttäviä pientoimenpiteitä myös muutoin kuin ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen yhteydessä.
- tällaisia kevyempiä toimenpiteitä ovat muun muassa anestesiassa tehtävä suun terveydenhuolto, psykiatrinen sähköhoito, sydämen rytminsiirto ja polikliinistyyppinen eri erikoisalojen pienkirurgia (esim. patit, ihomuutokset, korva-, nenä- ja kurkkutautien ja silmätautien tietyt toimenpiteet)
 - toimenpiteet on määriteltävä säädöksissä siten, että toiminta ei lähde laajenemaan varsinaista kirurgista toimintaa hajauttavaan suuntaan alueellisilla päätöksillä
5. Sairaala- ja päivystystoiminnan ja -verkon on kyettävä reagoimaan erilaisiin poikkeus- ja häiriötiloihin hyvinvointialueen, yhteistyöalueen ja kansallisella tasolla.

Työryhmän ehdotus vaihe 2: 1.1.2028 alkaen tai kuitenkin viimeistään 1.1.2030 alkaen.

Suomen sairaala- ja päivystysverkkoa on edelleen tiivistettävä vuosikymmenen loppupuolen aikana. Työryhmä ehdottaa sairaaloita profiloitavaksi toimintojen laajuuden mukaisesti. Profiilit 1–3 säädettäisiin sairaaloittain eikä hyvinvointialue tai yhteistyöalue voisi nostaa sairaaloidensa profiilia omilla päätöksillään.

Sairaaloiden portaat

1. Viisi yliopistosairaala
 - kehitetään kansallista työnjakoa yliopistosairaaloiden välillä sekä luodaan kansallisia päivystysrinkejä erikoisaloilla, joilla etälääketiede antaa siihen mahdollisuudet.
2. Viisi-kahdeksan keskussairaala hallittavan muutoksen mahdollistavalla siirtymäajalla
 - nämä keskussairaalat palvelisivat yhdessä yliopistosairaaloiden kanssa koko väestöä.
 - keskussairaaloissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys niillä operatiivisilla ja konservatiivisilla erikoisaloilla, joilla päivystystä edellytetään ja joita ei ole keskitetty yliopistosairaaloihin, teho-osasto, synnytysten hoito ja ympärivuorokautinen leikkaussalivalmius
 - keskussairaaloiden valintaperusteet tulee määritellä tarkemmin säädösvalmisteluvaiheessa siten, että otetaan huomioon väestön palvelutarve ja sijoittuminen, työvoiman saatavuus, riittävyys ja sijoittuminen, nykyinen sairaaloiden infrastruktuuri, laatu, vaikuttavuus ja asiakas- ja potilasturvallisuus, etäisyydet ja kielellisten oikeuksien toteutuminen sekä valmiuden ja varautumisen näkökulmat.
3. Akuuttisairaalat
 - osa nykyisistä keskussairaaloista ja tietyistä muista sairaaloista.

- jokaisella hyvinvointialueella (lukuun ottamatta Uuttamaata) on yksi akuuttisairaالاتasoinen ympärivuorokautisesti, eli siis yöaikaankin, päivystävä sairaala, ellei siellä ole kohdissa 1 tai 2 kuvattua keskus- tai yliopistosairaalaa. Uudenmaan alueen sairaalat on arvioitava samojen periaatteiden mukaan.
- akuuttisairaалassa on akutologinen ympärivuorokautinen päivystys tarvittavilla erikosisaloilla painottuen konservatiivisiin erikosisaloihin mutta tarvittaessa myös esim. anestesiologia, psykiatria
- akuuttisairaалassa on aikariippuvaiset hoidot (kardiologia, neurologia), tehovalvonta, potilaan saattaminen siirtokuntoon
- virka-aikana sellaista operatiivista toimintaa, joka ei edellytä ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta potilasturvallisuuden toteutumiseksi.
- akuuttisairaaloissa ei ole 24/7 leikkaussalivalmiutta, ei synnytysten hoitoa eikä tehohoitoa
- akuuttisairaalan määritelmästä ja niiden alueellisesta lukumäärästä oli työryhmässä eriävä näkemys. Eriävän näkemyksen mukaan Lapin hyvinvointialueelle tulisi antaa mahdollisuus ylläpitää myös toista korkeintaan akuuttisairaala -tasoista sairaalaa keskussairaalan tai yhden akuuttisairaalan lisäksi.

4. Sote-keskusten osastot

- väestön palvelutarpeen mukaiset esimerkiksi yleislääketieteen tai geriatrian erikosisalan osastot sote-keskusten yhteydessä
- kun potilasturvallisuus ei edellytä ympärivuorokautista (yöaikaista) lääkärin läsnäolopäivystystä. Yöaikainen etäkonsultaatiomahdollisuus.

Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon muunlaiset yksiköt esimerkiksi kuntoutus- tai arviointiyrkiköt, kotiutusyrkiköt, asumisyrsiköitä eivät ole määritelmältään sairaaloita eivätkä osastoja. Niissä voidaan kuitenkin toteuttaa kotisairaalahoitoja.

2.2.3.2 Lastentautien somaattisen erikoissairaanhoidon kansallinen työnjako –työryhmän selvitys

Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö asetti syksyllä 2023 yliopistollisten sairaaloiden lastentautien yrkiköiden edustajista koostuvan työryhmän pohtimaan lastentautien somaattisen erikoissairaanhoidon kansallista työnjakoa. Tehtävänä oli tuottaa näkemyksiä ja ehdotuksia lastentautien somaattisen erikoissairaanhoidon keskittämisen säätelyyn, sopimiseen ja ohjaukseen liittyen erityisesti vaativan erikoissairaanhoidon osalta.

Työryhmän raportti julkaistiin helmikuussa 2024. Työryhmän näkemyksen mukaan, jotta laadukas, vaikuttava ja kustannusvaikuttava lasten erikoissairaanhoido pystytään turvaamaan Suomessa, on vahvistettava yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden yhteistyötä sekä vaatvimman hoidon osalta jo nykyistä tiivistä yhteistyötä yliopistosairaaloiden välillä. Lisäksi keskittämisen säätelyä on laajennettava tiettyjen harvinaisten ja vaativien kirurgisten toimenpiteiden ja harvinaisten hoitojen osalta.

Työryhmän näkemyksen mukaan Suomeen tulisi perustaa neuvottelukunta, jonka tehtävänä olisi kansallisen lasten erikoissairaanhoidon tilannekuvan seuranta sekä sairaaloiden välisten työnjaon edistäminen. Neuvottelukunta käsitelisi erityisesti vaativaa erikoissairaanhoidoa, joka keskitettäisiin vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Lisäksi tulisi määritellä ja mahdollistaa yliopistosairaaloiden välinen yhteisklinikkatoiminta, jolla edistettäisiin käytännön potilastyötä konsultaatioiden ja yhteisen hoidon suunnittelun avulla. Tämä edistäisi kirurgien ja muiden erikoislääkärien osaamisen liikkuvuutta sairaaloiden välillä.

Työryhmä ehdotti erillistä rahoitusta yliopistosairaaloiden välisen yhteistyön uusien ehdotettujen työmuotojen varmistamiseksi. Rahoituksella katettaisiin raportin toimenpiteiden lisäksi muun muassa lasten tehohoidon osaamisen ja huoltovarmuuden edellyttämät koulutukset sekä lasten harvinaissairauksien asiantuntemuksen turvaamiseen liittyvä kansainvälinen kouluttautuminen ja yhteistyö.

2.2.3.3 Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus terveystalouden keskittämisestä

Valtiontalouden tarkastusvirasto (VTV) on 19.6.2024 julkaissut tarkastuskertomuksensa 6/2024: ”Terveystalouden keskittäminen. Erikoissairaanhoidon työnjaon ja yhteispäivystyksen toimeenpano.”⁴⁴

Tarkastuksessa selvitettiin aiempien keskittämis- ja päivystysuudistusten (2016–2018) valtakunnallista ja alueellista toimeenpanoa, uudistuksille asetettujen keskeisten tavoitteiden toteutumista sekä uudistusten seurauksia erityyppisissä sairaaloissa ja päivystysyksiköissä. Tuossa uudistuksessa anestesiaa vaativa leikkaustoiminta lopetettiin pienistä sairaaloista, tietyt leikkaukset keskitettiin yliopistosairaaloihin ja määriteltiin sairaalat, joiden on järjestettävä joko laaja ympärivuorokautinen päivystyksen yksikkö tai ympärivuorokautinen yhteispäivystysyksikkö keskussairaalaan yhteyteen. Sairaala- ja päivystysverkon tiivistämisellä tavoiteltiin palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden, riittävän osaamisen, laadun sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamista. Keskittämis- ja päivystysuudistusten arvioitiin tuottavan kuntasektorille 350 miljoonan euron kustannussäästöt vuoteen 2020 mennessä. Tarkastuksen aineisto kerättiin valtaosin vuoden 2023 aikana ja sisälsi vuodet 2017–2023.

Tarkastuskertomuksen mukaan kaavamainen, erityisesti toimenpidemääriin perustuva, sääntely ja ohjaus sekä sairaanhoitopiirien (nykyisin hyvinvointialueiden) sopimusperusteinen päätöksenteko ovat hidastaneet keskittämisasetuksen toimeenpanoa. Kaavamainen sääntely ei huomioi riittävästi sairaalatasolla eri erikoisalojen keskinäisiä riippuvuussuhteita, sairaaloiden olemassa olevia osaamisalueita ja hoitoketjujen toimivuutta. Erityisvastuualueilla kenelläkään ei ole ollut päätöksentekoon toimivaltaa, ja eri sairaanhoitopiirit ovat pyrkineet turvaamaan omaa etuaan ja pitämään kiinni olemassa olevista toiminnoista. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimukset ovat jääneet yleisen tason yhteistyöpapereiksi, joiden sitovuus ja vaikutus alueiden väliseen työnjakoon on toteutunut vaihtelevasti. Nykyisiä yhteistyöalueita koskevat samat toimivaltaongelmat, jotka ovat jarruttaneet toiminnan kehittämistä erityisvastuualueilla. Myös poikkeuslupakäytäntöön liittyen on havaittu ongelmia. Sosiaali- ja terveysministeriön näkökulmasta poikkeuslupia on ollut vaikeaa olla myöntämättä, kun yksikön tarvetta on perusteltu alueen tarpeilla, erityisvastuualueen muut sairaanhoitopiirit ovat

⁴⁴ <https://www.vtv.fi/app/uploads/2024/06/VTV-Tarkastus-6-20242-Terveystalouden-keskittaminen.pdf>

puoltaneet yksiköiden tarvetta ja kun päätöksentekoon sisältyy usein vielä poliittista tarkoituksenmukaisuusharkintaa.

Tarkastuskertomuksen mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksen yhdistäminen samaan yksikköön on lisännyt ympärivuorokautisesti järjestetyn päivystyksen kustannuksia ja potilasmäärät ovat kasvaneet. Yhteispäivystykset toimivat toisten viranomaisten ja muiden palveluiden varaventiilinä. Kun palveluja ei saa muualta, potilaat ajautuvat päivystykseen. Päivystyksissä tarjolla olevia runsaita erikoissairaanhoidon tutkimusmahdollisuuksia käytetään enenevässä määrin myös perusterveydenhuoltotasoisten potilaiden taudinmäärityksessä. Päivystykseen on jouduttu lisäämään myös hoitohenkilökuntaa ja perusterveydenhuollon päivystyksen järjestämisessä joudutaan turvautumaan edelleen osin ostopalvelulääkäreihin. Myös jatkohoidon ongelmat näkyvät yhteispäivystyksissä. Potilaita ei saada siirrettyä jatkohoitoon, koska jatkohoitopaikkoja ei ole riittävästi. Tämän seurauksena yhteispäivystyksissä hoidetaan potilaita, joilla ei ole hoidon vaan hoivan tarvetta. Osa yhteispäivystyksissä olevista potilaista odottaa puolestaan sairaalan vuodeosastoille, koska vuodeosastoilta ei saada siirrettyä potilaita jatkohoitoon. Yhteispäivystyksissä hoidetaan siten myös sairaalahoitoa tarvitsevia.

Osa sairaaloista pyrki havaintojen mukaan laajentamaan ympärivuorokautisesti järjestämänsä yhteispäivystyksen erikoisalojen määrää, jotta sairaalan toiminnan perusta saataisiin vahvemmaksi ja laaja-alainen lääkäri työvoima pysymään sairaalassa. Ympärivuorokautisten yhteispäivystysyksiköiden omaavien sairaaloiden motiivina on ollut pitää toiminta mahdollisimman laaja-alaisena ja vetovoimaisena, koska samat osaajat sekä leikkaavat että päivystävät. Tarkastushavainnot osoittivat, että laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiden ja ympärivuorokautisten yhteispäivystysyksiköiden erot ovat kaventuneet. Päivystysrinkejä koskevat tarkastushavainnot osoittivat, että osassa ympärivuorokautisissa yhteispäivystysyksiköissä päivystävien erikoisalojen määrä on lähes yhtä suuri kuin laajalta ympärivuorokautiselta päivystyksen yksiköltä vaadittu 12 erikoisalan päivystys. Tältä osin päivystyksellisten sairaaloiden käytännön työnjako ei ole aina sellainen, johon terveydenhuoltolailla sekä päivystys- ja keskittämisasiakirjoilla on pyritty.

Osaamisen keskittäminen on käytännössä merkinnyt sitä, että yliopistosairaaloissa hoidetaan raskashoitoisimmat potilaat. Päivystyksissä osaamisen vaatimus on kasvanut, koska hoitohenkilökunnalla pitää olla sekä perusterveydenhuollon- että erikoissairaanhoidon osaamista. Sen sijaan sairaaloissa, joista toimintoja on siirtynyt, on hoitohenkilökunnan erityisosaamisen käyttö supistunut, kun hoitajia on siirtynyt toisiin tehtäviin. Erikoisalojen suppeus ja siten yleisosaajien puute lisää päivystyksissä tarvittavien päivystävien lääkäreiden määrää. Lääkäreiden saatavuuden näkökulmasta osaamisen ei tulisi siten enää kaventua entisestään. Toisaalta päivystysrinkien vähentäminen on vähentänyt selkeästi kustannuksia. Yliopistosairaalat ovat kehittäneet erityistoimia henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi, mutta se ei ole ollut riittävää. Yliopistosairaaloiden apua resurssien ja henkilöstövoimavarojen turvaamisessa koko erityisvastuualueilla ei ole koettu riittäväksi. Haastateltavat katsoivat, että tulevaisuudessa sairaaloiden harvinaisemmat erikoisalat tulisi miettiä yhteistyöaluetasoisesti, ei vain hyvinvointialueittain.

Tarkastuskertomuksen mukaan kiireettömien leikkausten keskittäminen koskee myös poliklinikoilla tapahtuvaa toimintaa. Riskinä on tuotu esiin hoitopolkujen pirstoutumiseen liittyvänä ongelmana muun muassa tiedonkulun viiveet ja potilaita koskevien tietojen hajanaisuus, jolloin sujuva toiminta keskistetyssä yksikössä annetun hoidon ja jatkohoidon välillä on ollut hankala varmistaa. Tarkastuksen havaintojen mukaan keskittämisen koettaisiin olevan tarpeellisinta harvinaisempien ja vaativimpien leikkausten ja hoitojen osalta, mutta näissä tavoitteet ovat toteutuneet vaihdellen ja yliopistosairaaloiden välisessä työnjaossa on

havaintojen mukaan vielä paljon tekemistä. Kaikkein harvinaisimmissa ja vaikeimmissa operaatioissa valtakunnallisen keskittämisen toisaalta todetaan onnistuneen hyvin. Haastatteluissa toimenpidemäärillä toteutettavaa erikoissairaanhoidon ohjausta kritisoitiin sen puutteellisista perusteluista.

Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan parhaimpana mallina toimintojen keskittämisen ohjaukselle pidettiin yksimielisesti hoidon laadun, tulosten, potilasturvallisuuden ja kustannusten mittaamiseen perustuvaa sairaalakohtaista vertailua, jonka perusteella voitaisiin arvioida ja arvottaa eri yksiköiden kykyä tehdä toimenpiteitä.

Terveyspalvelujen keskittäminen vaikuttaa palveluiden saavutettavuuteen, mikä lisää potilaiden kustannuksia ja Kelan maksamia korvauksia kiireellisten tapausten lisäksi myös toistuvia käyntejä vaativissa tutkimuksissa ja hoidoissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkkoa uudistettaessa tulisi kertomuksen mukaan arvioida myös palveluiden saavutettavuudesta aiheutuvat kustannukset kokonaisuutena (kaikki kulkuneuvot, matka-ajat ja Kela-korvaukset).

Tunnistettu riski siitä, että pienissä sairaaloissa toiminta ei lopu tarkoitetulla tavalla, on toteutunut. Pienissä sairaaloissa toiminta on kasvanut ja erikoissairaanhoidon kustannukset lisääntyneet, kun tarjolla on varsin monipuolisesti kirurgian poliklinikkatoimintaa, anestesiassa tehtävien leikkausten sijasta leikkauksia tehdään paikallispuudutuksessa ja erikoissairaanhoidon vuodeosastot on korvattu osin perusterveydenhuollon vuodeosastoilla ja osin otettu sosiaalihuollon käyttöön. Pienten sairaaloiden toimintaprofilissa tapahtunut muutos on ollut toisaalta vuodeosastohoidon osalta tavoitellun suuntainen ja edistänyt sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistymistä. Hybridiyksikköä muistuttava rakenne ei enää kuitenkaan vastaa perinteistä sairaalaa.

Tarkastuskertomuksen havaintojen perusteella keskittämislle asetettujen tavoitteiden toteutumisesta ei ole tarkkaa tietoa. Terveysdenhuollon toimintaympäristössä on viime vuosina tapahtunut runsaasti muutoksia. Tämän seurauksena ei voida sanoa, onko jokin muutos johtunut nimenomaan keskittämisen- tai päivystysasetuksesta vai jostain muusta. Käytettävissä oleva talous- ja tilastotieto ei ole tarjonnut riittävän tarkkaa tehtävä-, toimenpide- ja toimintayksikkötasoaista tietoa, jotta seuranta olisi kyetty tekemään tarkasti. Myös henkilöstöön liittyvän tiedon on todettu olevan huomattavan vajaata. Keskittämisen vaikutuksia ei ole pystytty erottelemaan muista erikoissairaanhoidon toimintaan ja kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä. Syvällisempää tietoa siitä, miten keskittämistoimet ovat vaikuttaneet eri alueilla hoidon yhtenäisiin perusteisiin, osaamisen tai potilasturvallisuuden kehittymiseen, palveluiden tuottamisen kustannuksiin, saati keskittämisen kokonaistaloudellisiin vaikutuksiin, ei ole saatu kansallisella eikä alueellisella tasolla.

Seuranta ei ole tarkastuskertomuksen mukaan toteutunut ministeriöiden, sairaanhoitopiirien/hyvinvointialueiden eikä valvovien viranomaisten toimesta alkuperäisten tavoitteiden mukaisesti eikä käytettävissä oleva talous- ja tilastotieto ole tarjonnut riittävän tarkkaa tehtävä-, toimenpide- ja toimintayksikkötasoaista tietoa, jotta syvällisempää tietoa siitä, miten keskittämistoimet ovat vaikuttaneet eri alueilla hoidon yhtenäisiin perusteisiin, kustannuksiin, laatuun tai osaamisen ja potilasturvallisuuden kehittymiseen, ole saatu.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto suosittelee, että

1. jos terveydenhuollon keskittämislle asetetaan sisällöllisiä tai taloudellisia tavoitteita, tulee ohjaavien ministeriöiden määritellä niille sellaiset mittarit, että niiden seuraaminen on mahdollista.

2. sairaala- ja päivystysverkkoa uudistettaessa on varmistettava perusterveydenhuollon kiirevastaanottojen toimivuus, jotta potilaat eivät ohjaudu tarpeettomasti kalliiseen erikoissairaanhoidon.
3. yhteistyöalueilla tapahtuvaa päätöksentekoa ja päätöksiin sitoutumista tulisi vahvistaa ratkaisemalla toimivaltaan liittyvät epäselvyydet.

Vastuullisia viranomaisia ovat tarkastuskertomuksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriö, valtiovarainministeriö, sisäministeriö sekä hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä.

2.2.4 Palvelujärjestelmään liittyvät kehittämishankkeet ja ohjelmat

Jotta ympärivuorokautisten päivystysten väheneminen voidaan toteuttaa ongelmitta, vaatii se sekä perusterveydenhuollon että sosiaalihuollon riittävää kykyä vastata asukkaiden pitkäaikaisiin ja myös kiireellisiin ongelmiin. Sosiaali- ja terveysministeriö on pyrkinyt vahvistamaan perustason palvelukykyä useiden eri ohjelmien ja niihin liittyvien rahoitusten kautta. Näiden ohjelmien avulla on pyritty edistämään sitä, etteivät potilaat ohjautuisi tarpeettomasti erikoissairaanhoidon ja päivystykseen. Erikoissairaanhoidon kehittämisestä painopistettä on suunnattu perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon suuntaan. Tähän liittyy myös vahva digitaalisten palvelujen kehittäminen. Ohjelmatyö on edelleen meneillään.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -hankkeet

Yleistä

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa⁴⁵ on kehitetty sekä perustason sosiaalipalveluja että terveyspalveluja. Ohjelman kautta on uudistettu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapoja ja palvelukokonaisuuksia. Kaikkien hankkeiden tuli kehittää hoitoon pääsyn paranemista ja psykososiaalisten menetelmien kehittämistä ja käyttöönottoa. Tavoitteena on ollut palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen, toiminnan painotuksen siirtäminen ehkäisevään ja ennakkoivaan työhön, palveluiden laadun ja vaikuttavuuden varmistaminen, sekä palveluiden monialaisuuden ja yhteen toimivuuden vahvistaminen. Näin voidaan muun muassa vähentää sairaala- ja päivystyspalveluiden käyttöä. Ohjelma toimeenpantiin tulevien hyvinvointialueiden mukaisissa hankekokonaisuuksissa, joiden toteuttamista STM tuki valtionavustuksilla vuosina 2020–2023.

Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman hankkeet ovat ymmärtäneet palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen tähtäävän hyötytavoitteen monin eri tavoin ja tekivät varsin moninaista kehittämistyötä sen alla. Kehitettäviä asioita ovat olleet muun muassa uudet palveluratkaisut ja -mallit, laadunhallintajärjestelmät, laatu- ja vaikuttavuusmittarit, tutkimustoiminta, asiakasosallisuus, asiakastytyväisyyden mittaaminen sekä tiedolla johtaminen. Kehittämistyön tuottama muutos tulee näkymään viiveellä mahdollisena palveluiden parantuneena laatuna ja vaikuttavuutena sitten, kun kehitetyt asiat on viety onnistuneesti ja laajamittaisesti käytäntöön hyvinvointialueilla.

Yleiskuvaltaan sote-keskus -ohjelmassa tehdyn kehittämistyön vaikutus ei ole vielä näkynyt seurattavissa mittareissa keväällä 2023 valmistuneen kansallisen seurannan ja arvioinnin

⁴⁵ [Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023 : Ohjelma ja hankeopas](#)

perusteella.⁴⁶ Käyttöönotto on pidemmän aikavälin kehittämistoimintaa, jonka edellytykset ja toteutuminen tulee varmistaa alueiden johdon, kehittäjien ja sote-ammattilaisten yhteistoimintana sekä valtion vahvan ohjauksen ja tuen keinoin. Vasta valmistuneessa loppuarvioinnissa⁴⁷ todetaan, että ohjelman hyötytavoitteet ovat laajoja strategisia päämääriä, joiden todellista toteutumista ei voida arvioida vielä ohjelmakauden aikana. Kaikki ohjelman hyötytavoitteet ovat kuitenkin edenneet alueellisten hankkeiden seurauksena. Merkittävimpiä edistysaskeleita ovat monialaisuuden ja yhteentoimivuuden varmistamisen edistäminen sekä painotuksen siirtäminen ennaltaehkäiseviin palveluihin. Yhteydenottokanavien monipuolistuminen ja matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen ovat parantaneet palveluiden saatavuutta. Toimintamalleja on implementoitu hyvinvointialueilla, mutta käyttöönottojen arviointityö on kesken. Ohjelman kustannusvaikuttavuus edellyttää vanhoista toimintamalleista luopumista. Tavoitteiden ja tulosten saavuttamista ovat haastaneet niukat henkilöstöresurssit, koronapandemia sekä hyvinvointialueiden organisoituminen ohjelmakaudella.

Suomen kestävän kasvun ohjelma ja EU:n elpymis- ja palautumistukiväline (RRF)

Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi osaltaan EU:n kertaluonteisesta elpymisvälineestä (Next Generation EU) rahoitettavaa Suomen kestävän kasvun ohjelmaa⁴⁸. Suomen kestävän kasvun ohjelmalla tuetaan hallitusohjelman tavoitteiden mukaisesti ekologisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä kasvua. Ohjelma vauhdittaa kilpailukykyä, investointeja, osaamistason nosta sekä tutkimusta, kehitystä ja innovaatioita. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa Suomen kestävän kasvun ohjelman pilarista 4, joka koskee sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuden vahvistamista ja kustannusvaikuttavuuden lisäämistä. Ohjelmaa toimeenpannaan jokaisella hyvinvointialueella vuosina 2021–2025.

Ohjelman tavoitteena on, että väestö saa tarvitsemansa sosiaali- ja terveysterveystulokset nopeasti, yhdenvertaisesti, helposti, kynnyksettömästi ja monikanavaisesti. Ohjelmassa jatketaan Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelman hyväksi havaittujen toimintamallien juurruttamista ja edelleen kehittämistä. Ohjelman edistymistä seurataan hankesalkkuraportoinnin ja THL:n puolivuotiskyselyjen kautta. Kansallisina indikaattoreina seurataan muun muassa perusterveydenhuollon hoitopaikaksi saamisen aikaa ja sähköisten palveluiden käyttöä.

Hyvinvointialueilla on jo toteutettu runsaasti erilaisia toimenpiteitä sekä perustason digitaalisten että kivijalkapalveluiden kehittämiseksi. Ohjelman rahoituksella on muun muassa otettu käyttöön monimuotoisia liikkuvia palveluita, etäkonsultaatioita ja etävastaanottoja sekä purettu jonoja yksityisten palveluntuottajien kanssa hyödyntäen uusia toimintamalleja. Monialaisia palvelukokonaisuuksia on kehitteillä tai jalkautettu jo yli 90. Palveluiden saatavuuden ja jatkuvuuden parantamiseksi alueet ovat koonneet digitaalisen sote-keskuksen kokonaisuutta sekä ottaneet käyttöön omalääkäri- ja tiimimalleja, joita osaltaan edistetään myös kevään 2024 aikana myönnettyillä uusilla valtionavustuksilla. Digitaalisten palvelujen kehittäminen etenee hyvinvointialueiden ja kansallisten toimijoiden yhteistyönä hyödyntämällä muun muassa Kanta-palveluja sekä DigiFinland Oy:n ja IT-yritysten tuotteita ja palveluja. Chat- ja chatbot-ratkaisujen käyttöönottoja on laajennettu, ja kansalaisten itsensä tuottamien tietojen hyödyntämistä palveluissa parannetaan OmaKanta-mobiilisovelluksen valmistelulla. Hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut kootaan alueellisille digitaaliselle

⁴⁶ [Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Kevät 2023. THL – Työpaperi 29/2023](#)

⁴⁷ [Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman arviointi. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:12](#)

⁴⁸ [Suomen kestävän kasvun ohjelma : Elpymis- ja palautumissuunnitelma](#)

palvelutarjottimelle, joiden avulla asukkaat löytävät helposti alueensa palvelut. Valmisteilla on myös käytäntöjä hyvinvointi-, liikunta- ja kulttuurilähetille.

Kaikissa Suomen kestävän kasvun ohjelman STM:n hallinnonalan tavoitteissa on edetty kohti päämääriä, jotka on asetettu vuoden 2024 tai 2025 loppuun.⁴⁹ Esimerkiksi hoitoonpääsyn osalta tavoitteena on, että 80 % kiireettömistä hoitokäynneistä toteutuu seitsemän päivän määräajassa vuoden 2025 lopussa. Vuoden 2020 tammikuussa osuus oli 67 % ja vuoden 2023 joulukuussa 78 %. On tärkeää, että palveluiden saatavuutta edistäviä toimintamalleja edelleen kehitetään ja viedään osaksi hyvinvointialueiden arkea niin, että muutokset ovat pysyviä. Perustason toimintaa kehittämällä ja palvelukokonaisuuksia sujuvoittamalla voidaan vähentää päivystyksellisen hoidon tarvetta ja edistää hoidon jatkuvuutta.

Omalääkäri 2.0 -selvitys

Sosiaali- ja terveysministeriön tilaama selvitys uudenlaisen omalääkärimallin toteuttamisesta valmistui elokuussa 2022 (Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti⁵⁰.) Tavoitteena oli arvioida ja kuvata, miten omalääkärimallia voisi toteuttaa yhdessä hoitotakuun kanssa sekä edistää näin hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta. Selvityksessä kuvataan hoidon jatkuvuusmalli, jonka keskeisenä elementtinä on potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus, jossa potilaan hoidon tukena on omahoitaja ja tarvittaessa moniammatillisen tiimin muita jäseniä. Selvitys auttaa osaltaan hyvinvointialueita hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden parantamisessa. Henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuuden parantaminen mahdollistaa puolestaan tieteellisen kirjallisuuden kuvaamien monien hyötyjen saavuttamisen, mukaan lukien päivystyskäyntien ja sairaalahoitopäivien vähenemisen. Kestävän kasvun ohjelman 4. valtionavustuksella⁵¹ rahoitetaan muun muassa hoidon jatkuvuusmallin ja sitä tukevien digipalveluiden jalkauttamista hyvinvointialueilla.

Palliativisen hoidon palvelujen tuottaminen ja laadun parantaminen – valtionavustushanke (2021–2024)

Sosiaali- ja terveysministeriö on rahoittanut valtionavustuksina Palliativisen hoidon palvelujen tuottaminen ja laadun parantamisen -ohjelmaa⁵² kaikilla viidellä yhteistyöalueella. Valtionavustus on kohdistettu Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (2019:68)⁵³ mukaisten toimenpiteiden toteuttamiseen käytännössä. Ohjelman tavoitteena on ollut parantaa palliativisen kotisairaalan palvelujen saatavuutta kotiin ja asumispalveluyksiköihin, edistää palliativisen hoidon keskusten perustamista hyvinvointialueille, lisätä asumispalvelujen ja kotihoidon henkilökunnan palliativisen hoidon ja saattohoidon osaamista, kehittää lasten ja nuorten palliativista hoitoa sekä kehittää digitaalisia palveluja kotisairaalassa ja palliativisen hoidon vastaanotoilla. Näillä toimin voidaan ehkäistä sairaalahoitoja ja päivystyksellisiä käyntejä sairaalan poliklinikalla. Ohjelma on edennyt hyvin ja on päättymässä vuonna 2024.

VNTEAS hanke: Kotisairaaloiminnan toteuttamismallit ja vaikuttavuus

⁴⁹ <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/kansallinen-suomen-kestavan-kasvun-ohjelma>

⁵⁰ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164291>

⁵¹ <https://stm.fi/neljas-valtionavustushaku>

⁵² <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/palliativisen-hoidon-palvelujen-tuottaminen-ja-laadun-parantaminen-ohjelma>

⁵³ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161946>

Ajankohtaisesti meneillään on myös VNTEAS hanke: Kotisairaaloiminnan toteuttamismallit ja vaikuttavuus (2023–2024)⁵⁴, minkä avulla saadaan tietoa kotiin annettavien palveluiden uusista mahdollisuuksista. Oulun yliopisto on johtava toimija tässä monitieteisessä hankkeessa, jonka tavoitteena on antaa kattava ja ajantasainen yleiskuva kotisairaaloiminnan nykytilasta, vaikuttavuudesta ja mittaamisesta Suomessa. Tulevaisuuden "seinättömät sairaalat" mahdollistavat saumattoman potilaskokemuksen, varmistavat hoidon saatavuuden sekä parantavat hoidon jatkuvuutta ja koordinoitua.

Hyvän työn ohjelma ja sen edeltäjät

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden -ohjelman marraskuussa 2021. Sote-henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamisen tiekartta valmisteltiin ohjelmakokonaisuutta varten asetetussa työryhmässä marraskuun 2021 ja tammikuun 2023 välisenä aikana. Tiekartan valmistelutyössä hyödynnettiin työryhmän ja alatyöryhmien kautta eri sidosryhmien asiantuntemusta. Tiekartta sisälsi tarkemman toimeenpanosuunnitelman vuosille 2022–23 sekä ehdotuksia vuosille 2024–27.

Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaisesti hyvinvointiyhteiskunnan palveluiden saatavuutta uhkaavan henkilöstön vajeen ratkaiseminen vaatii sekä lyhyen että pitkän aikavälin toimia. Sote- ja pelastusalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaamiseksi käynnistettiin Hyvän työn ohjelma vuosille 2024–2027. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää toimia kaikilla hallinnonaloilla ja myös yhteistyötä niiden välillä. Tässä toimeenpanosuunnitelmassa kuvataan käytännönläheiset toimet, seuranta ja aikataulutus työn etenemiseksi.

Toimeenpanosuunnitelmassa toimenpiteet on kuvattu kuuden strategisen painopistealueen mukaisesti:

- 1) Tietopohja ja ennakointi,
- 2) Koulutusmäärien lisääminen ja koulutuksen rakenteiden kehittäminen,
- 3) Tehtävien vähentäminen,
- 4) Henkilöstön työnjaon selkeyttäminen,
- 5) Veto- ja pitovoiman tukeminen, sekä
- 6) Rekrytoinnin laajentaminen

Ohjelman toteutumista toimeenpanee, seuraa ja arvioi ministeriöiden ja eri hallinnonalojen asiantuntijoista koostuva Hyvän työn ohjelman työryhmäkoonpano. Työryhmäkoonpano tekee vuosittain yhteenvetoon toimenpiteiden edistymisestä ja toimeenpanosuunnitelma päivitetään tämän perusteella.

Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittänyt verkosto

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittäneen verkoston tehtävänä oli muodostaa tilannekuva vuokratyön käytöstä ja palvelujen

⁵⁴ <https://www oulu.fi/fi/projektit/kotisairaaloiminnan-nykytila-vaikuttavuus-ja-mittaaminen>

ostoista tarvittavassa laajuudessa, sekä tunnistaa, aikatauluttaa ja suunnitella toimeenpanoa koskevat toimet vuokratyön käytön vähentämiseksi.

Verkosto toi esille helmikuussa 2023 julkaisemassaan raportissa⁵⁵, että vuokratyövoiman käyttö on kasvanut kiihtyvällä tahdilla viimeisimpinä vuosina ja erityisesti vuoden 2023 aikana, kun hyvinvointialueet ovat aloittaneet toimintansa. Vuokratyövoimaan käytettyjen kustannusten kasvu on ollut nopeampaa kuin hyvinvointialueen omien henkilöstökulujen kasvu.

Vuokratyövoiman käytön vähentämiseen liittyvät keinot on verkoston selvityksessä jaettu kolmeen kokonaisuuteen, jotka liittyvät hyvinvointialueiden omiin toimiin, ohjauksen keinoihin sekä lainsäädännön muuttamiseen.

2.2.5 Sairaaloiden ja ympärivuorokautisen päivystyksen toimintaympäristön, sääntelyn ja käytänteiden arviointia

Päivystävien sairaaloiden rakenne, palveluvalikoima ja palveluverkko

Väestörakenne ja väestön sijoittuminen eri puolilla maata on muuttunut ja muuttuu jatkuvasti ja alueiden erot kasvavat. Väestö ja samalla työvoima keskittyy kasvukeskuksiin. Väestön ikääntyminen jatkuu ja toisaalta synnytysten ja lasten määrä pienenee, mikä muuttaa palvelutarvetta. Lääketieteen erityisosaaminen on jatkanut jakaantumistaan yhä syvempään erikoistumiseen monilla erikoisaloilla eikä erityisosaajia enää riitä kaikkiin nykyisiin toimipisteisiin. Myös erikoissairaanhoidon työnjakoa, päivystystä ja palveluiden keskittämistä koskevassa lainsäädännössä on havaittu merkittäviä muutostarpeita. Henkilöstövajeen vuoksi on palveluja ja toimintoja, esim. leikkaus- ja vuodeosastotoimintoja, jouduttu osin hallitsemattomasti ajamaan alas lyhyempi tai pidempiaikaisesti. Henkilöstövaje on väistämättä aiheuttanut haasteita lakisääteisten palveluiden tuottamiseen, kasvattanut hoitojonoja ja vaikuttanut tuotettujen palveluiden laatuun.

Toimintaympäristö ja palvelujärjestelmän toimintatavat ovat muuttuneet siitä, kun sairaaloiden ja ympärivuorokautisten terveydenhuollon päivystysten palveluverkko ja hierarkia on muodostunut viime vuosikymmenten kuluessa. Ympärivuorokautisen päivystyksen ja nykyaikaisen erikoissairaanhoidon laadukas toteuttaminen edellyttävät nykyisillä toimintamalleilla huomattavan paljon sekä henkilöresursseja että taloudellisia resursseja. Toimiva sairaala- ja päivystysverkosto on kuitenkin terveydenhuollon kansallisen varautumisen kulmakivi normaalioloissa ja poikkeusoloissa.

Väestöprofiilin ja -määrän sekä työvoiman saatavuuden ja sijoittumisen muutokset on välttämätöntä ottaa jatkossa realistisesti huomioon. Sairaalaverkko ei ole seurannut väestömäärän ja -rakenteen alueellista kehitystä. Sairaala- ja päivystysverkkoa on tiivistettävä, koska väestö keskittyy. Sairaaloiden määrän ja niiden palveluvalikoiman ja toiminnan tulisi muuttua väestörakenteen tarpeita vastaavaksi ja toisaalta suhteuttaa alueilla eri palveluihin käytettävissä olevaan henkilöstöön.

Yhteispäivystysten järjestämisvastuu oli aiemmin sairaanhoitopiireillä. Sen sijaan perusterveydenhuollon ja sen kiireellisen hoidon järjestämisvastuu oli kunnilla samoin kuin valtaosa palvelusuhteessa olevista yleislääkäreistä ja yleislääketieteen erikoislääkäreistä. Hyvinvointialueilla on nykyisin järjestämisvastuu sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta. Uudenmaan osalta HUS-yhtymä vastaa ympärivuorokautisen

⁵⁵ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165442>

kiireellisen hoidon järjestämisestä. Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin on mahdollista järjestää ilta- ja viikonlopun ajan kiireellistä hoitoa omissa yksiköissään, mikäli väestön palvelutarve niin edellyttää.

Edellisessä päivystyksen ja erikoissairaanhoidon keskittämisen uudistuksessa tarkoitus oli hillitä erikoissairaanhoidon kustannuskehitystä, varmistaa yhdenvertaisuutta ja palveluiden laatua ja potilasturvallisuutta, taata palvelujärjestelmän toimintakyky normaaliolojen lisäksi erilaisissa erityistilanteissa ja poikkeusoloissa sekä edesauttaa henkilöstön ja osajien riittävyyttä. Tavoitteisiin ajateltiin päästävän kokoamalla vaativaa ja raskasta toimintaa harvempiin yksiköihin. Uudistuksen myötä säädettiin, että 12, sittemmin 13, sairaalassa on laaja ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, ja lopuissa keskussairaaloissa on suppeampi päivystys. Uudistuksilla tavoiteltiin potilasturvallisuuden, saavutettavuuden ja kustannustehokkuuden näkökulmista optimaalista päivystävien sairaaloiden kokonaisuutta. Laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön ylläpitämiseen velvoitetut sairaanhoitopiirit määräytyivät siten, että laajan päivystysvastuun toimipisteverkosta muodostuisi valtakunnallisesti toimiva kokonaisuus. Sairaanhoitopiirien valintaan vaikutti useiden tekijöiden kokonaisarviointi, eikä ratkaisua tehty minkään yksittäisen kriteerin pohjalta. Kokonaisarviointiin vaikuttivat muun muassa yksikön osaaminen ja voimavarat, sekä riittävä väestöpohja, yksiköiden saavutettavuus ja väestön luontaiset liikkumissuunnat. (HE 224/2016 vp).

Edellisessä päivystyksen ja erikoissairaanhoidon keskittämisen uudistuksessa otettiin käyttöön käsite perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Lisäksi säädettiin, että sosiaalipäivystystä tulee toteuttaa terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä. Sääntely ja perustelu ovat ajalta, jolloin perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto olivat kuntien ja erikoissairaanhoito sairaanhoitopiirien vastuulla. Kokoamalla nämä eri päivystykset samaan toimipaikkaan ajateltiin edesautettavan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon että perustason ja erityistason ja edelleen ehjiä palveluketjuja siitä huolimatta, että järjestämisvastuu oli usealla organisaatiolla. Tavoitteessa onnistuttiin sikäli, että maahan muodostui monialaisten yhteispäivystysten verkosto.

Uudistuksen jälkeen on kuitenkin myös havaittu, ettei erilaisten päivystyksen jakautuminen sairaaloiden välillä välttämättä ole noudattanut lainsäädännössä tarkoitettua jakoa laajempiin ja suppeampiin päivystyksiin. Tämä osin johtunee siitä, että vaikka laissa säädetään osalle sairaanhoitopiireille, sittemmin hyvinvointialueille tehtäväksi ylläpitää yhteispäivystystä, jossa on (vain) valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon, sääntelyssä kuitenkin mahdollistetaan se, että yhteistyösopimuksella (aiemmin järjestämissopimuksessa) sovitaan laajempikin päivystys. Päivystysasetuksessa ei myöskään säädetä niistä erikoisaloista, joita näissä keskussairaaloissa on oltava, kun laajan päivystyksen osalta taas asiasta säädetään. Käytännössä laajan yhteispäivystyksen ja muiden yhteispäivystysten palveluvalikoimat ovat lähentyneet toisiaan, kun väestön palvelutarpeeseen vastaamiseksi on päivystysrinkejä lisätty myös muissa kuin laajan päivystyksen sairaalassa. Lisäksi sairaanhoitopiirit, sittemmin hyvinvointialueet, joissa on yliopistollinen sairaala, saivat mahdollisuuden ylläpitää väestön palvelutarpeen niin edellyttäessä perustaa useamman kuin yhden ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sairaaloidensa yhteyteen. Ympärivuorokautisesti usealla eri erikoisalalla päivystävien sairaaloiden lukumäärä on täten pysynyt suurena.

Monesta eri syystä kuntien perusterveydenhuollon järjestäminen ja resursointi olivat pitkään vaikeuksissa. Yleislääkäreitä on vapautettu perusterveydenhuollossa virka-ajan ulkopuolisesta päivystysvelvollisuudesta, jotta saataisiin lääkäriresurssi riittämään terveyskeskuksissa virka-aikana. Järjestely toimi rekrytointivalttina yleislääkäreille ja varsinkin kokeneille yleislääketieteen erikoislääkäreille, kun virkalääkärinä ei tarvinnut päivystää

yhteispäivystyksissä. Yleislääkäri- ja taloudellisten resurssien riittämiseksi kunnat karsivat myös ilta- ja viikonloppuaikaista kiireellistä vastaanottotoimintaa. Mikäli virka-aikainen terveyskeskusten kiireellisen hoidon kapasiteetti ei riittänyt väestön tarpeisiin, ohjattiin potilaat ylivuotona yhteispäivystyksiin, mitä toimintamallia väestö oppi toteuttamaan myös omatoimisesti. Yhteispäivystyksissä ja ympärivuorokautisissa perusterveydenhuollon päivystyksissä on puolestaan ollut välttämätöntä yleislääketieteen päivystäjiä saadakseen muokata päivystyksen palvelussuhde-ehtoja houkutteleviksi tai toisaalta hankkia päivystäjätövoimaa osto- ja vuokratyövoimana. Tämä on nostanut työpanoksen hintaa. Ns. keikkalääkärit voivat myös olla kokemattomia, mikä voi vähentää vaikuttavuutta ja johtaa turhiin tutkimuksiin ja epätarkoituksenmukaisiin läheteisiin tai sairaalajaksoihin.

Uudet kehittyneet palvelumuodot, esimerkiksi digitalisaatio, etälääketiede, moderni ensihoitopalvelu ja hyvin varustellut ambulanssit, lääkärihelikopteritoiminta, kotiin vietävät, jalkautuvat ja liikkuvat palvelut, ovat vielä alihyödynnettyjä. Niiden käytössä on merkittävää potentiaalia auttaa vastaamaan väestön palvelutarpeeseen. Erityisesti digitaalisten palveluiden avulla voidaan osa aiemmin fyysistä kohtaamista edellyttäneistä palveluista tuottaa potilaan näkökulmasta lähipalveluna, vaikka osaaminen olisi keskitetty. Tieverkoston kehittyminen on helpottanut maantieteellistä siirtymistä. Muutokset sairaala- ja päivystysverkossa mahdollistavat ja vauhdittavat uusien toimintamallien käyttöönottoa ja kehittämistä. Toisaalta ilman näitä muutoksia sairaalaverkko ei voi uudistua riittävästi.

Hyvinvointi- ja yhteistyöalueilla on osoittautunut vaikeaksi saada paikallisesti ja alueellisesti aikaan päätöksiä sairaaloiden ja päivystysten palveluverkon osalta. Erikoissairaanhoidosta, päivystyksestä ja leikkaustoiminnasta on haluttu alueilla pitää kiinni, jopa muihin hyvinvointialueen palveluihin käytettävissä olevien henkilöstö- ja taloudellisten resurssien kustannuksellakin. Tämä on johtanut osin epätarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin ja osaamisen jakautumiseen sekä työpanoksen hinnan nousuun ostopalveluiden ja vuokratyövoiman myötä. Mahdollisimman laajan erikoissairaanhoidon palvelujen ylläpitäminen on osin saattanut vaarantaa ja heikentää ennakoidun ja ehkäisevän terveydenhuollon, perusterveydenhuollon ja kotiin vietävien palveluiden saatavuutta.

Edellisen päivystystä ja erikoissairaanhoidon keskittämistä koskevan uudistuksen tavoitteet ovat edelleen ajankohtaisia. Samojen tavoitteiden eteen tarvitaan kuitenkin edelleen toimenpiteitä. Tavoitteiden keskinäinen painotus on kuitenkin muuttunut henkilöstön saatavuuden ja osaamisen riittävyyden noustua tärkeimmäksi muutosajuriksi. Erikoissairaanhoidon osalta laatu, vaikuttavuus ja potilasturvallisuus edellyttävät ympärivuorokautisesti toimivassa sairaalassa kullakin erikoisalalla huomattavan monipuolista sekä määrältään ja osaamiseltaan vakaata henkilöstöresurssia niin lääkäreissä, hoitajissa kuin tukipalveluissa. Kansallisen, kaikissa oloissa toimintavarman erikoissairaanhoidon päivystyksen näkökulmasta tulee ensisijaisesti varmistaa henkilöstön ja osaamisen riittävyys yliopistollisissa ja keskussairaloissa. Erityisen raskasta henkilöstöresurssin kannalta on ympärivuorokautisen leikkaustoiminnan edellyttämien tiimien valmiuden ylläpito. Mitä enemmän tarvitaan erityisosaamisen ammattilaisia tai tiimejä, erityistiloja, laitteita tai välineitä, sitä harvempaan yksikköön tällaiset palvelut tulee keskittää. Vain näin voidaan varmistaa osaaminen ja sen ylläpito sekä yhteiskunnallinen kustannusvaikuttavuus. Kaikki hyvinvointialueet eivät pysty huolehtimaan erityispalveluista, minkä vuoksi on myös löydettävä tiiviitä yhteistyön muotoja hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden välillä – myös aluerajat ylittäen.

Hyvinvointialuerakenne on vasta muotoutunut ja hyvinvointialueet ovat toimineet reilun vuoden. Hyvinvointialueet ovat toivoneet ja hallitusohjelmassa on linjattu niille annettavaksi työrauhaa. Hyvinvointialueiden oman päätöksentekokyvykkyyden, omien muutosohjelmien

vaikutukset ja uusien alueiden välisten yhteistyömallien vaikutukset eivät ole vielä ehtineet näyttäytyä päivystys- ja sairaalaverkon osalta koko laajuudessaan. Vaikka merkittäviä muutoksia palveluverkkoon tarvitaan nyt ja mahdollisesti myös tulevana vuosina, on muutos toteutettava hallitusti. Tämän vuoksi se, että tässä hyvinvointialueiden vaiheessa lähdeittäisiin muokkaamaan myös keskussairaalaverkosta, voisi olla riski. Näin ollen tässä vaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiotavoitteiden saavuttamisen tukemiseksi on perusteltua, että jokaisella hyvinvointialueella on edelleen yksi joko yliopistollinen sairaala tai keskussairaala, jossa voi olla ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta edellyttämää kirurgiaa sekä voidaan hoitaa synnytyksiä, mikäli muutoin laissa säädetyt edellytykset täyttyvät. Hyvinvointialueiden yhteistyötä ja työnjakoa erikoissairaanhoidon palveluissa kuitenkin on tarpeen ohjata ja tukea muulla tavoin.

Ympärivuorokautisesti päivystävien sairaaloiden määrää ja niiden palveluvalikoimaa on kuitenkin pystyttävä nykyisestä vähentämään henkilöstön ja erityisosaamisen riittävydeksi, vaikka kullakin hyvinvointialueella säilyisi alueen pääasiallisena erikoissairaanhoidon sairaalana yliopistollinen tai keskussairaala. Täten arvioitavaksi nousevat sellaiset muut sairaalat, jotka sijaitsevat hyvinvointialueilla, joilla on isompi ja monipuolisemman palveluvalikoiman yliopistollinen sairaala tai keskussairaala.

Sairaalaverkkotyöryhmä arvioi (ks. jakso 2.2.3.1), että nykyinen Suomen ympärivuorokautisesti päivystävien sairaaloiden verkko on liian tiheä. Osaavaa henkilöstöä ei pystytä turvaamaan nykyisellä palveluvalikoimalla jokaiseen nykyiseen päivystävään sairaalaan ilman epätarkoituksenmukaisia järjestelyjä tai kustannuksia. Työryhmä totesi, että nykyisten viiden sellaisen ympärivuorokautisesti yhteispäivystävän sairaalan, jota ylläpitävällä hyvinvointialueella on myös joko yliopistollinen sairaala tai keskussairaala, operatiivisen ympärivuorokautisen päivystystoiminnan ja päivystystä edellyttävän kirurgisen toiminnan siirtäminen isompaan sairaalaan olisi perusteltua ja vapauttaa henkilöstö- ja muita resursseja kohdennettavaksi hyvinvointialueen muihin toimintoihin. Työryhmä katsoi, että myös HUS-alueella operatiivisen toiminnan tiivistäminen olisi välttämätöntä.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta otti eduskunnan edellisellä kaudella kantaa päivystyssääntelyn uudistamistarpeisiin. Sosiaali- ja terveysvaliokunta ilmaisi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa uudistusta käsitellessään käsityksensä, että siirrettäessä järjestämisvastuu hyvinvointialueille yksityiskohtaisesti määritelty eri laajuisten ja tasoisten päivystysten sääntely ei ole tarpeellista, vaan hyvinvointialueiden omaa päätösvaltaa niiden käytettävissä olevan rahoituksen puitteissa voidaan lisätä. Tätä puoltaa valiokunnan mukaan myös se, että käytännössä mainittujen tasojen väliset erot etenkin laajan ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen ja muun ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen osalta eivät ole tarkkarajaisia, koska muut kuin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaanhoitopiirit ovat voineet määrittää itse päivystystään laajemmaksi kuin mihin laki velvoittaa. Kuitenkin laajan ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen velvoitteella on katsottu olevan suuri merkitys sairaalan asemalle, rekrytoinnille ja kehittämiselle (StVM 16/2021 vp, s. 49).

Tämän kannanoton jälkeen viimeisinä vuosina koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevat ongelmat henkilöstön riittävyydessä ja saatavuudessa ongelmat ovat kärjistyneet, vaikka niitä on osattu ennakoida jo vuosia. Nopeita ratkaisuja henkilöstötilanteen korjaamiseksi ei ole. Toisaalta hyvinvointialueiden vaikea taloustilanne aiheuttaa alueellisten muutosohjelmien kautta palveluiden osin hallitsematonta ja vaikeasti ennakoitavaa horjuvuutta ja alasajoa.

Jotta Suomen päivystys- ja sairaalaverkko pystytään varmistamaan toiminnallisena kansallisena kokonaisuutena, on asiasta säädettävä lainsäädännössä. Yksinomaan yksittäisten

hyvinvointialueiden omien päätösten tai yhteistyöalueen sopimiseen perustuen ei toimivaa sairaalajärjestelmää ja siten riittäviä terveyspalveluita pystytä turvaamaan koko väestölle perustuslain edellyttämällä tavalla. Samalla kuitenkin hyvinvointialueille ja yhteistyöalueille on tarkoituksenmukaista jättää tiettyä liikkumavaraa päivystyksensä ja niiden palveluvalikoiman sekä sairaaloiden tarkoituksenmukaisen työnjaon järjestämiseen. Varsinkin lakitasoisen sääntelyn muuttaminen on usein hidasta, ja hyvin tarkka sääntely voi vanhentua eikä siten tue toiminnan ja työnjaon järkevää kehittämistä. Päivystysasetuksessa ja erikoissairaanhoidon keskittämisesetuksessa on mahdollista säännellä toiminnasta tarkemmin, ja asetuksia on myös usein ketterämpää muuttaa. Toisaalta myös esimerkiksi luopuminen 50 §:n 3 ja 4 momentissa säädetyistä jaottelusta niihin sairaaloihin, joiden ympärivuorokautinen on säädösin säädetty laajemmaksi kuin toisten, vaatisi huolellista arviointia. Vaikka jako eri tasoista ylläpitäviin sairaaloihin ei käytännössä toteudu siten kuin edellistä päivystysuudistusta tehdessä suunniteltiin, sääntely kuitenkin myös turvaa sitä, että osassa sairaaloita on velvoitteena ylläpitää tarvittaessa väestöä ympäri Suomen palvelevaa laajaa päivystystä. Laissa käytettyä käsitteistöä on kuitenkin perusteltua kehittää.

Hyvinvointialueiden olisi oleellista kyetä turvaamaan ja siirtämään painopistettä ennen kaikkea väestön peruspalveluihin ja päivystys-, sairaala- ja vuodeosastotoiminnassa usein tarvittaviin palveluihin ja jatkohoitoon. Vain näin voidaan varmistaa, että oikea potilas saa oikean hoidon oikeaan aikaan oikealla tasolla. Erikoissairaanhoidossa painottuvat erityisesti tietyt konservatiiviset alat ja psykiatria, kuten esimerkiksi eriasteiset pitkäaikaissairauksien pahenemisvaiheet, sydän-, keuhko-, aivotapahtumat, infektiot sekä ikääntyvän väestön terveysongelmien arviointi ja hoito. Hyvinvointialueiden tulee kyetä varmistamaan integraatio muun muassa sosiaalipalveluiden kanssa sekä kehittämään alueellisia hoito- ja palvelupolkuja.

Jo edellisen päivystys- ja keskittämisuudistuksen yhteydessä hallituksen esityksessä todettiin, että Suomessa on ylläpidetty kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen laajaa perusterveydenhuollon yöpäivystystä. Ympärivuorokautisia päivystyspisteitä oli tuolloin noin 40, kun niitä vuonna 2011 oli yli 60 toimipistettä. (HE 224/2016 vp, s. 11) Tällaisen päivystyksen tarpeen vähenemisen kehityssuuntaan ovat vaikuttaneet ensihoidon ja akuuttilääketieteen kehitys sekä väestön muuttoliike asutuskeskuksiin, mitkä ovat vähentäneet perusterveydenhuollon yöpäivystyksen tarvetta. Nykyisin ympärivuorokautisia perusterveydenhuollon palveluita on tarjottu yhteispäivystysten yhteydessä yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaaloissa (n=20), alueiden muissa sairaaloissa (n=5) sekä sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvan turvin (n=9) erillisissä päivystysyksiköissä. Määrä on edelleen varsin suuri eikä ole vähentynyt viime vuosina.

Päivystysten toiminta, henkilöstön riittävyys ja muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut

Päivystysten toimintaan on viime vuosina liittynyt useita ongelmia ja epätarkoituksenmukaisia kehityssuuntia. Päivystyksessä tulisi hoitaa vain päivystyksellistä hoitoa vaativia potilaita. Perusterveydenhuollon lääkäripulasta ja sittemmin myös hoitajavajeesta johtuvat haasteet kiireettömässä palvelussa ja jatkohoitopaikkojen riittävyudessa ovat kuitenkin pitkäaikaisesti ruuhkauttaneet yhteispäivystykset. Yhteispäivystyksissä potilaista suuri osa on sellaisia, jotka eivät pääse tai koe pääsevänsä oikeampaan hoitopaikkaan. Potilaita ei saada jatkohoitoon sairaalan vuodeosastojen, kotihoidon ja asumispalveluiden kapasiteettiongelmiensa vuoksi ja siksi, ettei voida olla varmoja, että potilas saa arvion tai hoidon omassa terveyskeskuksessaan esimerkiksi lähipäivinä. Nämä ongelmat eivät ratkea resursoimalla yhteispäivystyksiä vaan löytämällä ratkaisuja siihen, ettei ympärivuorokautiseen päivystykseen ohjautuisi potilaita väärillä kriteereillä, vaan palvelut toteutettaisiin oikealla tasolla päivä- ja ilta-aikaan. Jatkohoitopaikkaan ja tarvittaviin jatkohoitopalveluihin pääsyn varmistaminen vähentäisi

painetta yhteispäivystyksissä ja sairaaloissa. Yhteispäivystysyksiköissä tarjolla olevat runsaat erikoissairaanhoidon tutkimusmahdollisuudet ovat myös osin johtaneet perusterveydenhuoltotasoisten potilaiden yli diagnostiikkaan ja ylihoitoon ja lisänneet kokonaiskustannuksia.

Terveydenhuoltolain 50 §:n 2 momentissa säädetään, että hyvinvointialueen on järjestettävä terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanottotoiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää. Päivystystä koskeva sääntely uudistettaessa (HE 224/2016 vp) täsmennettiin sääntelyä kunnan ja kuntayhtymän veloitteesta järjestää terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikaista perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanottotoimintaa, eli voimassa olevan terveydenhuoltolain 50 §:n 2 momentin sääntelyä. Lain perusteluissa todettiin, että terveyskeskuksissa järjestettävän kiireellisen vastaanottotoiminnan tarkoituksena on turvata lähipalveluna kiireellisen hoidon saaminen tavanomaisissa terveysongelmissa, joiden hoito ei edellytä päivystysyksiköihin koottua osaamista. Hoidon porrastuksella ja kiireellisen vastaanottotoiminnan vahvistamisella parannettaisiin asukkaiden palvelukokemusta samalla kun turvattaisiin päivystysyksiköiden sujuvaa toimintaa ja estetään päivystysyksiköiden ruuhkautumista. Tavoitteena oli myös turvata väestölle lähipalveluna apua tavanomaisissa terveysongelmissa, jotka edellyttävät nopeaa hoitoon pääsyä. (HE 224/2016 vp, s. 56–57). Ilta- ja viikonloppuaikaista perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaa tavoiteltiin laajenevaksi kompensoimaan pidentyviä asiointimatkoja. Tämä ei kuitenkaan ole toteutunut osalla alueista ja on osin jopa kokonaan lakannut. Valtiontalouden tarkastusvirasto esitti terveyspalveluiden keskittämistä koskevassa tarkastuskertomuksessa (2024) eräänä toimenpidesuosituksenaan, että sairaala- ja päivystysverkkoa uudistettaessa on varmistettava perusterveydenhuollon kiirevastaanottojen toimivuus, jotta potilaat eivät ohjaudu tarpeettomasti kalliiseen erikoissairaanhoitoon (ks. jakso 2.2.3.3).

Taulukko 8. Eri hyvinvointialueilla iltaisin ja viikonloppuisin toimivat perusterveydenhuollon kiirevastaanotot. Lähde: Sosiaali- ja terveysministeriön kysely hyvinvointialueille keväällä 2024.

Pohjois-Suomen yhteistyöalue	
Kainuun hyvinvointialue	Ei ilta- tai viikonlopun kiirevastaanottoa
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	Ei ilta- tai viikonlopun kiirevastaanottoa
Lapin hyvinvointialue	Kemijärvi arkisin klo 16-18 ja viikonloppuisin klo 8-18, Sodankylä lääkäri ja hoitaja kutsuttavissa 16-21, Kolari, Kittilä ja Muonio kiertävin vuoroin, klo-aika ei tiedossa
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	Ei ilta- tai viikonlopun kiirevastaanottoa
Itä-Suomen yhteistyöalue	
Etelä-Savon hyvinvointialue	Pieksämäki arkisin klo 16-19, viikonloppuisin klo 10-16

Keski-Suomen hyvinvointialue	Muurame arkisin klo 16-18, Keuruu viikonloppuisin klo 10-16, Laukaa arkisin klo 16-19, viikonloppuisin klo 9-17, Saarijärvi arkisin klo 16-18, Äänekoski arkisin klo 16-18, viikonloppuisin klo 8-18, Viitasaari ma, ke ja pe klo 16-18, viikonloppuisin klo 10-16, Pihtipudas ti ja to klo 16-18
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	Nurmes arkisin klo 16-21, viikonloppuisin klo 8-18
Pohjois-Savon hyvinvointialue	Iisalmi Enska viikonloppuisin klo 9-17, Lapinlahti arkisin klo 16-18, viikonloppuisin klo 9-15, Pielavesi viikonloppuisin klo 8-16, Siilinjärvi arkisin klo 16-22, viikonloppuisin klo 8-18, Kuopio arkisin klo 16-22, viikonloppuisin klo 8-22, Juankoski viikonloppuisin klo 9-15, Suonenjoki arkisin klo 16-18, viikonloppuisin klo 8-18, Leppävirta arkisin 16-18, viikonloppuisin klo 9-15
Etelä-Suomen yhteistyöalue	
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	Imatra arkisin klo 16-21, viikonloppuisin klo 8-21
Helsingin kaupunki	Ei ilta- tai viikonlopun kiirevastaanottoa
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	Ei ilta- tai viikonlopun kiirevastaanottoa
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	Järvenpää arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 8-20
Kymenlaakson hyvinvointialue	Ei ilta- tai viikonlopun kiirevastaanottoa
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	Kirkkonummi arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 8-20
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	Lahti arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-16
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	Ei ilta- tai viikonlopun kiirevastaanottoa
Länsi-Suomen yhteistyöalue	
Pohjanmaan hyvinvointialue	Ei ilta- tai viikonlopun kiirevastaanottoa
Satakunnan hyvinvointialue	Rauma arkisin klo 16-22, viikonloppuisin klo 8-22

Varsinais-Suomen hyvinvointialue	Loimaa arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-20, Uusikaupunki arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-20, Naantali klo 16-20, lauantaisin klo 9-14
Sisä-Suomen yhteistyöalue	
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	Alajärvi arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-18, Lapua arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-18, Kauhava arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-18, Seinäjoki arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-18, Ilmajoki-Kurikka arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-18, Kauhajoki arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-20, Alavus arkisin klo 16-22, viikonloppuisin klo 8-22
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	Forssa arkisin klo 16-22, viikonloppuisin klo 8-22, Riihimäki arkisin klo 16-22, viikonloppuisin klo 8-22
Pirkanmaan hyvinvointialue	Sastamala arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-18, Hatanpää arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-18, Ylöjärvi arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-18, Virrat arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-18, Nokia arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 10-18

Perusterveydenhuollon eli ensisijaisen terveydenhuollon eli kansanterveystyön tarkoituksena on tutkia ja hoitaa valikoitumattoman väestön erilaiset terveystarpeet sekä tarvittaessa ohjata potilaat muille erikoisaloille esimerkiksi lähetteellä erikoissairaanhoidon, mikäli yksittäinen terveysongelma sitä edellyttää. Perusterveydenhuollossa korostuvat potilaslähtöisyys, hoidon jatkuvuus, kokonaisvaltaisuus ja potilas-lääkäri ja potilas-hoitajasuhde. Hyvä kiireettömän hoidon toteutuminen, suunnitelmallisuus ja jatkuvuus ehkäisevät tarvetta asioida kiireellisen hoidon palveluissa. Perusterveydenhuollossa on tärkeää tuntea potilaan kokonaisuuden lisäksi palvelujärjestelmän kokonaisuus ja käytettävissä olevat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja muut palvelut, jotta hoito tai palvelu voidaan toteuttaa tarkoituksenmukaisimmalla tavalla, oikea-aikaisesti ja oikealla tasolla.

Perusterveydenhuollon tapahtuvan kiireellisen hoidon ytimessä ovat tavanomaiset yleislääketieteen ja osin muun muassa ikääntyvän väestön geriatriaan liittyvät terveyshaasteet. Tällaisia ovat muun muassa yleiset infektiot, pitkäaikaissairauksien pahentuneet oireet ja tuntemukset, tuki- ja liikuntaelinvaivat, kiputilat, lievemmät traumat ja haavat, lievemmät mielenterveyden oireet, päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat sekä ikäihmisten yleinen huonovointisuus ja toimintakyvyn lasku. Nämä eivät yleensä edellytä vaativia diagnostisia tutkimuksia hoidon tarpeen arvioimiseksi. Oleellista on kuitenkin tunnistaa sellaiset potilaat, jotka on lähetettävä jatkoselvittelyihin ja -hoitoon erikoissairaanhoidon tai otettava muutoin sairaalaan jo samana päivänä. Virka-aikana perusterveydenhuollon kiireellinen hoito toteutuu

terveyskeskuksissa ja lisäksi muun muassa työterveyshuollossa, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön palveluissa ja yksityissektorilla. Sen sijaan virka-ajan ulkopuolella ja etenkin yöaikaan väestön käytettävissä on käytännössä yhteispäivystysten tai poikkeusluvalla ylläpidettyjen perusterveydenhuollon ympärivuorokautisten päivystysyksiköiden palvelut sekä yksityissektorin tarjoamat kiireellisen hoidon palvelut.

Perusterveydenhuollon tasoisen kiireellisen hoidon käyntien volyymi on suuri, mutta valtaosa käynneistä sellaisia, jotka voisivat potilaan terveydentilan vaarantumatta toteutua yhdestä kolmeen päivän sisällä ja pääosin virka-aikaan. Terveydentilan näkökulmasta yöaikaisia yleislääketieteen käyntejä ei tarvittaisi lähes lainkaan, vaan potilaat pitäisi pystyä ohjaamaan vastaanotolle päivä- ja ilta-aikaan ja esimerkiksi asumisyksiköissä palvelutarvetta pitäisi yrittää ennakoida ja konsultoida hoitavaa tahoa jo päivä- ja ilta-aikaan. Usealla hyvinvointialueella on panostettu kotihoidon ja asumispalveluiden etälääkärikonsultaatiotukeen. Myös esimerkiksi liikkuvat ja jalkautuvat palvelut ovat osoittautuneet hyviksi. Erityyppisiä hoidon ja muiden palveluiden tarpeen arviointiin kykeneviä hoitajatiimejä on kehitetty muun muassa kotihoidon ja asumisyksiköiden tarpeeseen. Näin on voitu vähentää ensihoitopalvelun käyttöä eikä potilasta ole jouduttu kuljettamaan ympärivuorokautiseen päivystykseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut aikuisten ja lasten valtakunnallisesti yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Kuitenkaan olemassa olevia kriteerejä ei noudateta riittävästi palvelujärjestelmän eikä väestön toimesta. Tarjonta – eli mahdollisuus hakeutua ilta-, viikonloppu- ja yöaikaiseen päivystykseen – osin luo kysyntää, mikäli palvelua on tarjolla. Olemassa olevaa ohjeistusta päivystyksen hoidon kriteereistä tulisi noudattaa, minkä edellytyksenä toisaalta on, että yhdestä kolmeen päivän sisällä vastaanotolle ohjattu potilas sinne myös pääsee. Terveydenhuoltolain 24 §:n mukaan sairaanhoito on toteutettava potilaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen tarpeen ja käytettävissä olevien yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. Kiireellisen hoidon perusteiden toteutumisen seurannan vastuu on terveydenhuoltolain 7 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriöllä ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella.

Väestön ohjausta ja neuvontaa varten on rakennettu kansallisia ohjaus- ja neuvontapalveluita. DigiFinland Oy:n tuottama päivystysapu 116117 on hyvinvointialueiden neuvonta- ja ohjauspalvelu, josta kuka tahansa voi kysyä neuvoja äkillisiin sosiaalisiin ja terveydellisiin ongelmiin ja joka toimii koko Suomessa Lappia ja Ahvenanmaata lukuun ottamatta. Päivystysavussa terveydenhuollon ammattilaiset tekevät puhelimitse arvion kiireellisen hoidon tarpeesta kunkin alueen ohjeiden mukaisesti ja lisäksi antavat myös yleisempää neuvontaa ja ohjausta. Omaolo on valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalvelu, joka tukee oma- ja itsehoitoa sekä auttaa tarvittaessa saamaan yhteyden julkisen terveydenhuollon ammattilaisiin. Sitäkin ylläpitää DigiFinland Oy. Kiireelliseen hoidon tarpeeseen liittyvään ongelmaan saa tietoa myös Päivystystalosta, joka on terveydenhuollon ammattilaisten kehittämä verkkopalvelu. Se tarjoaa kenelle tahansa apua äkillisiin terveysongelmiin, neuvoja itsehoitoon ja ohjausta oikeanlaiseen palveluun hakeutumisessa. Muitakin digitaalisia hoitopolkuja ja digi/chat-klinikoita on olemassa. Kaiken kaikkiaan kehitetyt väestön ohjauksen ja neuvonnan palvelut lienevät olleet helpottamassa päivystysten ruuhkautumista vieläkin paremmaksi. Näitä palveluita ja niiden tunnettavuutta tulee kehittää jatkuvasti.

Sairaalaselvitystyöryhmä (ks. jakso 2.2.3.1) esitti näkemyksensä, että yleislääketieteen tasoisissa terveysongelmissa yöajan fyysistä läsnäoloa edellyttävän päivystysvalmiuden ylläpito ei tuota riittävästi terveyshyötyä suhteessa sitoutuviin resursseihin (lääkärit, hoitohenkilöstö, tukipalvelut). Resurssi on pois virka-aikaisesta ja laajennettujen aukioloaikojen reservistä. Lisäksi tarjonta luo kysyntää. Väestö käyttää yöaikaista päivystystä, vaikka terveysongelma ei sitä vaatisi, mikäli palvelua on tarjolla. Väestöä pitää ohjata, neuvoa oikea-

aikaiseen hoitoon hakeutumiseen. Olemassa olevia kansalliset kiireellisen hoidon kriteereitä sekä aikuisille että lapsille tulisi noudattaa hoidon tarpeen arviossa ja ohjata potilaat päivä- ja ilta-aikaiseen palveluun yöaikaisen sijaan.

Jotta päivystysten lukumäärän vähetessä palvelut tulevat turvatuksi, tulisi sairaalaverkkotyöryhmän mukaan varmistaa väestön palvelutarpeen ja terveysongelmien kiireellisyyden mukainen pääsy terveyskeskuksiin virka-aikana, iltaisin ja viikonloppuisin. Väestön yöaikaiseen palvelutarpeeseen voidaan osin vastata uusien palvelumuotojen avulla, joita ovat mm. digi- ja etäpalvelut, osaava ja hyvin varustettu ensihoitopalvelu ja esim. kotiin jalkautuvat/liikkuvat hoitaja-arviointiyrköt (ikäihmiset, asumispalvelut) sekä kotisairaala. Näiden avulla pystyttäisiin myös kompensoimaan piteneviä etäisyyksiä ja edesauttamaan kielellisten oikeuksien toteutumista asiakaslähtöisesti.

Voimassa olevan terveydenhuoltolain 50 §:n 5 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää hyvinvointialueelle luvan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämiseen, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla. Hallituksen esityksessä (HE 224/2016 vp) ei aikanaan perusteltu perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen rinnastamista, vaan jätettiin säätely mahdollistavaksi. Myöskään päivystysasetuksessa ei akuuttilääketieteen osalta ole säädetty erityisiä edellytyksiä erikoisalana päivystyksen toteuttamiselle.

Akuuttilääketiede on ollut oma erikoisalansa Suomessa vuodesta 2013 alkaen ja siihen erikoistuneiden lääkärin määrä on noussut vähitellen. Akuuttilääkäreiden osaaminen keskittyy päivystykselliseen potilaan arvioon ja hoitoon. Akuuttilääketieteen osaaja pystyy vastaamaan kaikenikäisten potilaiden vammojen ja akuuttien sairauksien oireiden vaatimasta diagnostiikasta ja kiireellisestä hoidosta. Akuuttilääketiede koordinoi, yhdistää ja täydentää muiden erikoisalojen akuuttitoimintoja. Akuuttilääketieteen erikoislääkäri on ensisijaisesti yhteispäivystyksen periaattein toimivassa päivystysklinikassa työskentelevä klinikko.⁵⁶

Useissa tästä hallituksen esitykseen annetuissa lausunnoissa (ainakin HUS-yhtymä, Pirkanmaan hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Suomen akuuttilääketieteen yhdistys ry, Akuuttilääketieteen alaosa / Lääkäriliitto) todettiin, ettei erillistä akuuttilääketieteen päivystystä ole olemassa. Näiden lausuntojen mukaan akuuttilääketiede erikoisalana toimii kiinteästi osana nykyisiä monierikoisalaisia yhteispäivystyksiä ja akuuttilääketieteen erikoislääkärit päivystävät kaikissa päivystyksissä yhdessä muiden erikoisalojen edustajien kanssa. Akuuttilääketieteen erikoislääkärit voivat päivystää myös muissa yksiköissä, mutta päivystävä akuuttilääketieteen erikoislääkäri ei tee päivystysyksiköstä akuuttilääketieteen päivystystä. Lähtökohtaisesti akuuttilääketieteen erikoisalana osaamiseen perustuvan päivystyksen todettiin edellyttävän monipuolista toimintaympäristöä riittävine teknologioineen. Lausunnoissa ehdotettiin tulevassa lain pykälässä käytettäväksi muotoilua ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys, sillä yksittäisen erikoissairaanhoidon erikoisalana rinnastamista siihen pidettiin epätarkoituksenmukaisena ja virheellisenä. Ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen todettiin käsitteenä kuvaavan palveluvalikoimaa paremmin sekä mahdollistavan monenlaisten päivystyksen ammattilaisten käytön joustavasti.

Yllä on kuvattu perusteet, miksi sekä ympärivuorokautisesti päivystävien yhteispäivystysten että poikkeusluvalla toimivien perusterveydenhuollon yksiköiden lukumäärää on syytä

⁵⁶ opintopolku.fi

vähentää. Osa näiden ylläpitoon käytetystä henkilöstöresurssista ja taloudellisesta resurssista tulisi kohdentaa virka-aikaiseen ja ilt- ja viikonloppuajaiseen toimintaan. Eri puolilla on kehitetty useita uusia toimintamuotoja, joiden laajempi käyttöönotto voisi vastata väestön palvelutarpeisiin eri puolella Suomea nykyistä ympärivuorokautista päivystysyksikköverkkoa paremmin. Kriittisintä on kuitenkin turvata henkilöstön saatavuus ja erityisosaamisen riittävyys yliopistollisten sairaaloiden ja keskussairaaloiden monierikoisalaisiin ympärivuorokautisiin päivystyksiin, minkä vuoksi erikoisalakohdaisia päällekkäisiä päivystysrinkejä ei voida toteuttaa kovin monessa muussa sairaalassa.

Sosiaalipäivystys

Edellisessä päivystystä koskevan uudistuksen yhteydessä muutettiin myös sosiaalipäivystystä koskevaa sääntelyä. Tällöin luotiin sääntely, jonka mukaan sosiaalipäivystystä on järjestettävä sekä 50 §:n 3 momentin mukaisen laajan ympärivuorokautisen terveydenhuollon päivystysyksikön yhteydessä että 50 §:n 4 momentin mukaisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suppeamman yhteispäivystyksen yhteydessä. Uudistuksella tavoiteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon integroitua asiakaslähtöistä päivystyspalvelujen kokonaisuutta. Tavoitteena oli myös edistää sosiaalihuollon yhdenvertaista saatavuutta ja saavutettavuutta terveydenhuollon rinnalla, vahvistaa asiakaslähtöisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta asiakkaan tarpeisiin vastaamisessa sekä turvata tuen saantia ihmisten omissa arkiympäristöissä.

Hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyminen vuoden 2023 alusta muutti keskeisesti niitä olosuhteita, joissa sosiaalihuolto toimi päivystysuudistuksen valmistelu- ja säätämisvaiheessa. Pirstaleisen kuntarakenteen sijasta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu kuuluu nyt kokonaisuudessaan hyvinvointialueen vastuulle (lukuun ottamatta Uudenmaan aluetta, jossa tilanne erikoissairaanhoidon osalta on muusta maasta poikkeava). Hyvinvointialueen vastuulle kuuluu sosiaalipäivystyksen ja sosiaalihuollon kokonaisuuden, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ja pelastustoimen palvelujen kokonaisuus, jonka vuoksi työnjakojen ja työ- ja asiakasprosessien sopiminen eri toimintakokonaisuuksien sisällä ja välillä on hallinnollisesti aiempaa helpompaa. Tämä nostaa esille tarpeen tarkastella, onko voimassa oleva sosiaalipäivystystä koskeva sääntely kaikin osin enää tarkoituksenmukainen.

Tämän hallituksen esityksen valmistelun yhteydessä ei arvioitu sosiaalipäivystystä koskevan sääntelyn sisällöllisiä muutostarpeita. Pääministeri Orpon hallituksen ohjelman mukaan sosiaalihuoltolaki uudistetaan. Tämän hallituksen esityksen lausuntokierroksen yhteydessä pyydettiin näkemyksiä myös sosiaalipäivystystä koskevan sääntelyn toimivuudesta ja mahdollisista uudistamistarpeista erillisen muistion pohjalta, mutta tämä esitys ei siis sisällä asiaa koskevia muutosesityksiä. Saadut kannanotot otetaan huomioon sosiaalihuoltolain uudistamistyötä tehdessä.

2.2.6 Synnytykset

Synnytysten hoitaminen edellyttää varsin raskasta henkilöstöresurssia, jotta synnyttäjän ja lapsen potilasturvallisuus voidaan taata. Henkilöstön saatavuuden ja osaamisen riittävyyden näkökulmasta tulee päällekkäistä varallaoloa eri sairaaloissa kyetä vähentämään, minkä vuoksi myös synnytyksiä hoitavien sairaaloiden palveluverkkoa on jatkuvasti arvioitava ja se on sopeutettava väestörakenteen ja toimintaympäristön muutoksiin.

Sairaalaverkkotyöryhmä katsoi, että tämän vuoksi olisi perusteltua maltillisesti rajata synnytyksiä hoitavien sairaaloiden lukumäärää nykyisestä. Poikkeuslupamenettelystä tulisi sen mukaan luopua eikä kriteerinä tulisi käyttää aiempaa ”vähintään noin 1000 synnytyksen

hoitamisesta sairaalassa vuodessa”. Sairaalaverkkotyöryhmän ehdotus liittyi osaltaan siihen, että sen ehdotusten myöhemmässä vaiheessa, eli niin sanotussa vaiheessa kaksi, osa nykyisistä keskussairaaloista olisi muuttunut kapeamman palveluvalikoiman akuuttisairaaloiksi, joissa synnytyksiä ei hoidettaisi. Hallitus on kuitenkin linjannut, että tätä vaihetta kaksi ei edistetä (ks. jakso 5.1, muut toteuttamisvaihtoehdot). Työryhmän näkemyksen mukaan synnytyssairaaloiden lukumäärän sijaan tulisi pyrkiä kasvattamaan jäljelle jäävien yksiköiden vuosittaista synnytysten määrää, myös Uudellamaalla. Muutoin työryhmä totesi, että voimassa olevan päivystysasetuksen 18 §:n 2 § momentin mukaiset edellytykset toteuttaa synnytystoimintaa ovat ajantasaiset. Näin ollen synnytyksiä hoitavassa sairaalassa on oltava riittävä määrä henkilöstöä, tiloja, välineitä ja laitteita. Henkilöstöresurssia tarvitaan ympärivuorokautisesti naistentautien ja synnytysten, anestesiologian, lastentautien ja kirurgian erikosisaloiden lääkäreinä sekä hoitohenkilöstön osalta kättilöinä ja leikkaustoiminnassa avustavana henkilökuntana, vuodeosastoilla sekä tukipalveluissa. Työryhmä myös katsoi, että synnytyssairaaloiden määrän vähetessä pitkien etäisyyksien hallintaa ja kielellisten oikeuksien toteutumista pystytään varmistamaan hyvän ja suunnitelmallisen äitiyshuollon, raskaana olevien ohjauksen ja neuvonnan, potilashotellitoiminnan ja synnytyksiä hoitavien sairaaloiden henkilöstön osaamisen kehittämällä.

Suomessa oli 23 synnytyssairaala vuonna 2023. Vuoden 2017 jälkeen synnytystoiminta on loppunut Kättilöopistolta (v. 2018) ja Oulaskankaalta (v. 2019). Syntyvien lasten määrä on vuodesta 2012 alkaen vähentynyt Suomessa 59 039 vuosittaisesta synnytyksestä vuoteen 2023 merkittävästi eli 43 121 vuosittaiseen synnytykseen (vähennystä 27 %).

Koska synnytysten hoidon edellyttämän useiden päällekkäisten ympärivuorokautisten lääkäri- ja hoitajarinkien ylläpitäminen vaatii merkittävää resursointia, mitä enemmän sairaalassa hoidetaan synnytyksiä lukumääräisesti, sen tehokkaammassa käytössä kyseinen resurssi on. Vastaavasti synnytysmäärien pienentyessä kyseinen resursointi on vaikea hyödyntää ja syntyy tehotonta varallaloa. Synnytysten hoidon vuoksi sairaalaan sitoutuvalle henkilöstöresurssille ei ole pienissä sairaaloissa ilta-, yö- tai viikonloppu-aikaan muutoin tarvetta esimerkiksi muun kirurgisen toiminnan tai lasten- ja naistentautien potilaiden kiireelliseen hoidon toteuttamiseksi.

Jaksossa 2.1.4 on kuvattu synnytysten määrää Suomen sairaaloissa. Usea sairaala tarvitsee sosiaali- ja terveysministeriön myöntämän poikkeuslupan, koska niissä ei täyty edellytys siitä, että synnytyksiä hoidetaan vuodessa vähintään noin tuhat.

Jos luovuttaisiin 1000 synnytyksen vähimmäismäärästä ja sitä koskevasta poikkeusmenettelystä, edellyttäisi se korvaavaa sääntelyä siitä, minkä edellytysten täytyessä ja/tai missä sairaaloissa synnytyksiä saa hoitaa. Lainsäädännössä on tarpeen säätää riittävät keinot puuttua tilanteeseen, mikäli alueilla ylläpidettäisiin liian pieniä yksiköitä haastaen potilasturvallisuutta ja osaamisen riittävyttä sekä aiheuttaen henkilöstön saatavuuden haasteita omalla ja lähihyvinvointialueilla tai tarpeettomia lisäkustannuksia. Yksinomaan yksittäisten hyvinvointialueiden päätöksenteon varaan jätettynä voisi aiheutua riski siitä, että päätöksissä ei otettaisi huomioon riittävästi kansallista palveluverkkoa ja synnytysten hoidon järjestämisen turvaamista myös muilla hyvinvointialueilla ja koko Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämä poikkeuslupa instrumenttina mahdollistaa synnytysten hoidon ohjaamisen ja lupaharkintaa tehdessä voidaan synnytysten hoidon mahdollistaminen kussakin sairaalassa arvioida tapauskohtaisesti, mikäli sairaalakohtainen synnytysten lukumäärä vuodessa alittaa 1000 synnytystä. Synnytysten hoidon muut edellytykset määritellään jatkossakin tarkemmin asetuksessa.

Monierikoisalainen ympärivuorokautisen päivystys on siis edellytys synnytyksen hoitamisella. Täten mikäli tietyssä sairaalassa ei ole jatkossa tällaista päivystystä, seuraa käytännön vaikutuksena, ettei siellä voi hoitaa myöskään synnytyksiä.

2.2.7 Ympärivuorokautinen yhteispäivystys leikkaustoiminnan edellytyksenä

Terveysturvalain 45 §:n 3 momentin mukaan leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Säännöksen perustelujen mukaan leikkaustoiminnalla tarkoitetaan säännöksessä sellaisia toimenpiteitä, joissa vaaditaan anestesiologian erityisosaamista käytettyjen anestesiamenetelmien takia ja jotka siten edellyttävät anestesiologin mukanaoloa leikkauksessa tai toimenpiteen jälkeisessä seurannassa. Näissä leikkauksissa käytettäviä anestesian menetelmiä ovat muun muassa yleisanestesia eli nukutus tai muu vahva leikkaukseen liittyvä sedaatio. Samoin laajat puudutukset kuten selkäpuudutukset (spinaali- eli selkäydinpuudutus ja epiduraalipuudutus) ja hartiapunospuudutus (plexus) ovat tällaisia. Myös laskimopuudutus verityhjiötä vaativissa toimenpiteissä voidaan rinnastaa näihin menetelmiin. Momentissa tarkoitettuihin leikkaustoimenpiteisiin eivät kuulu paikallis- tai johtopuudutuksessa tehtävät toimenpiteet, joissa ei tarvita mukana anestesiologia. Tällöin voidaan tarvittaessa käyttää myös lievää sedaatiota rentouttavilla lääkkeillä ja kivun lievitystä toimenpidettä suorittavan lääkärin valvonnassa. Leikkaustoiminta tarkoittaa tässä yhteydessä sekä vuodeosastohoitoa vaativaa leikkaushoitoa, että vajaan vuorokauden mittaisin hoitojaksoin hoidettavissa oleva lyhytkirurgiaa (päiväkirurgiaa) (HE 224/2016 vp, s. 54).

Kyseistä säännöstä tulkitaan siten, että samat edellytykset koskevat myös hyvinvointialuetta sen hankkiessa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. (ks. myös HE 312/2018 vp, s. 6). Voimassa olevassa lainsäädännössä tämä voidaan johtaa terveydenhuollon järjestämistä koskevasta sääntelystä. Järjestämislain 12 §:n mukana hyvinvointialueen on huolehdittava hyvinvointialuelain 7 §:ssä ja järjestämislain 8 §:ssä tarkoitetusta järjestämisvastuustaan sekä sen järjestämisvastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta toteutumisesta myös palveluja hankkiessaan. Hankittavien palvelujen on oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että hyvinvointialue pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta myös hankittavien palvelujen osalta. Järjestämislain 18 §:n mukaan yksityisen palveluntuottajan ja tämän alihankkijan on järjestämislain mukaisessa toiminnassaan noudatettava julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevia lakisääteisiä sisältö- ja laatuvaatimuksia. Pykälän perusteluissa viitataan muun muassa terveydenhuoltolain 45 §:n sääntelyyn (HE 241/2020 vp, s. 714). Käytännössä sääntely siis rajaa yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavien erikoissairaanhoidon leikkauksia, koska yksityisillä palveluntuottajilla ei ole terveydenhuoltolain sääntelyä vastaavaa ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä. Säännöstä on kritisoitu, eikä sen sääntelyn katsota kaikissa tilanteissa olevan potilasturvallisuuden kannalta välttämätöntä. Lisäksi säännöksen on nähty hankaloittavan yksityisen terveydenhuollon käytettävissä olevan leikkaussali- ja henkilöstökapasiteetin hyödyntämistä. Lääketiede kehittyy jatkuvasti ja erityyppisiä toimenpiteitä pystytään tekemään potilaan saaman lyhyen anestesian turvin turvallisesti ilman erityistiloja ja -laitteita. Lisäksi osa aiemmin vuodeosastoseurantaa vaativista leikkauksista on nykyisin mahdollista tehdä päiväkirurgisella tai lyhytjälkihoitoisella tavalla.

Terveysturvalain 45 §:n 3 momentin sääntelyä ehdotettiin pääministeri Sipilän hallituksen aikana muutettavaksi siten, että säädettäisiin uusi terveydenhuoltolain 45 a §, jonka nojalla sairaanhoitopiiri olisi voinut järjestää leikkaustoimintaa toimintayksikössä, jossa on varmistettu riittävä päivystysvalmius ja potilasturvallisuus, ilman että yksikössä on kuntalaisille avoin

ympäri vuorokautinen yhteispäivystys. Edellytyksenä olisi ollut, että asiasta on sovittu erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Sairaanhoidopiiriin kuntayhtymä olisi voinut myös hankkia leikkaustoimintaa tai toimenpiteitä muulta palveluntuottajalta tai antaa niihin palvelusetelin. Tällöin anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita edellyttävää kiireetöntä leikkaustoimintaa tai yleisanestesiaa edellyttäviä muita kiireettömiä toimenpiteitä tekevien yksiköiden olisi ollut varmistettava päivystysvalmius sekä toiminnan laatu ja potilasturvallisuus, riittävä osaaminen, henkilöstö ja toimenpiteiden määrä sekä sovittava mahdollisuudesta siirtää potilas nopeasti jatkohoitoon sairaalaan, jossa on ympärivuorokautinen valmius päivystysleikkausten tekemiseen, teho-osasto ja riittävän laajasti erikoisalojen ympärivuorokautista päivystystä. Säännöshedotuksen perusteluissa täsmennettiin, että potilaan siirtäminen nopeasti jatkohoitoon tarkoittaisi sitä, että potilas pystytään siirtämään ensihoitopalvelun yksiköllä 30 minuutissa jatkohoitoon. Siirtoaika olisi laskettu siitä, kun leikkaava yksikkö on soittanut hätäkeskukseen, siihen saakka, kunnes potilas on tukisairaalassa sisällä esimerkiksi leikkaussalissa tai teho-osastolla. Valtioneuvoston asetuksella olisi säädetty tarkemmin erinäisistä asioista (HE 312/2018 vp). Esitys raukesi hallituksen erottua ja eduskuntakauden päätyttyä.

Sairaalaselvitystyöryhmä katsoi, että leikkaustoimintaa, joka edellyttää varsinaisia leikkaussaliolosuhteita, postoperatiivista vuodeosastohoitoa, pitkää heräämöseurantaa tai kirurgista päivystystä, ei ole henkilöstön riittävyyden näkökulmasta mahdollista laajentaa uusiin yksiköihin eikä varsinaisten tällaista leikkaustoimintaa toteutettavien sairaaloiden lukumäärä voi kasvaa. Työryhmän mukaan kuitenkin osin terveydenhuoltolain 45 §:n 3 momentin sääntelyä olisi mahdollista lieventää potilasturvallisuuden vaarantumatta.

Ympäri vuorokautista leikkaussalivalmiutta sekä vuodeosasto- ja tarvittaessa teho-osaston jatkohoitoa edellyttävä kirurgia olisi työryhmän mukaan jatkossakin syytä koota nykyistä harvempiin yksiköihin. Näin pystytään ylläpitämään riittävää osaamista myös erityyppisten komplikaatioiden hallintaan sekä varmistamaan kaikissa oloissa toimiva ja vakaa päivystävien sairaaloiden verkko ja henkilöstön riittävyys.

Sen sijaan kevyempää eri erikoisalojen päiväkirurgiaa ja lyhytjälkihoitoista leikkaustoimintaa, jota voidaan potilasturvallisesti tehdä muuallakin kuin ympärivuorokautisen monierikoisalaisen päivystyksen yksiköissä, olisi tarkoituksenmukaista hallitusti mahdollistaa tehtäväksi myös muissa sairaaloissa, joissa on asianmukaiset tilat, leikkaussalivalmiudet ja osaaminen. Työryhmän näkemyksen mukaan nämä toimenpiteet olisi kuitenkin määriteltävä säädöksissä siten, että toiminta ei lähde laajenemaan varsinaista kirurgista toimintaa hajauttavaan suuntaan alueellisilla päätöksillä. Esimerkiksi tekonivelkirurgia tai merkittäviä laiteinvestointeja (esim. robottiaivusteiset leikkaukset) edellyttävää kirurgiaa ei kannattaisi mahdollistaa laajenevaksi uusiin sairaaloihin. Edellytystä monierikoisalaisesta ympärivuorokautisesta päivystyksestä ei ole työryhmän mukaan välttämätöntä olla myöskään soveltuvissa toimenpiteissä, joissa potilas tulee kotoa ja lähtee kotiin samana päivänä. Tällaisia kevyempiä toimenpiteitä olisivat muun muassa anestesiassa tehtävä suun terveydenhuolto, psykiatrinen sähköhoito, sydämen rytminsiirto ja polikliinistyyppinen eri erikoisalojen pienkirurgia (esim. patit, ihomuutokset, korva-, nenä- ja kurkkutautien ja silmätautien tietyt toimenpiteet). Lisäksi päivä- ja lyhytjälkihoitoisen kirurgisen toiminnan sekä anestesiaa edellyttävien kevyiden toimenpiteiden hankinnan mahdollistaminen yksityisiltä palveluntuottajilta helpottaisi raskasta kirurgiaa hoitavien julkisten sairaaloiden ruuhkaa ja auttaisi lyhentämään hoitajonoja. Työryhmä nosti toisaalta esiin myös riskin, että jos raskasta kirurgiaa keskitetään nykyistä harvempiin julkisiin sairaaloihin, on vaarana niiden leikkaussali-, heräämö- ja vuodeosastokapasiteetin kuormittuminen, mutta toisaalta esitti tähän liittyen päiväkirurgiaa tehtäväksi muissa sairaaloissa ja hankkimalla yksityisiltä palveluntuottajilta.

Työryhmä näki riskinä, että laaja-alainen leikkaus- tai muiden toimenpiteiden hankinta yksityissektorilta tai ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta edellyttävää kirurgiaa tekevien julkisten sairaaloiden suuri määrä voisi vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisten ja keskussairaaloiden kiireettömään ja erityisesti päivystystoimintaan ja varallaoloon, mikäli henkilöstöä siirtyisi julkiselta sektorilta yksityissektorille. Julkinen ja yksityinen terveydenhuolto kilpailevat suurelta osin samasta työvoimasta.

Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy ja erityisesti tiettyihin kiireettömiin leikkauksiin olevat odotusajat alkoivat huonontua koronaepidemiasta lukien, jolloin kiireetöntä erikoissairaanhoidoa jouduttiin ajamaan alas kiireellisten tehtävien myötä. Tämän jälkeen hyvinvointialueiden rakenneuudistus, henkilöstön saatavuuden vaikeutuminen ja edelleen heikko julkisen talouden tila ja hyvinvointialueiden muutosohjelmien toimeenpano ovat aiheuttaneet, että hoitojonot ovat kasvaneet. Tilanteen huononeminen on saatu katkaistua, mutta hoitojonot eivät ole vielä merkittävästi lyhentyneet. Eri palveluissa on alueellista vaihtelua.

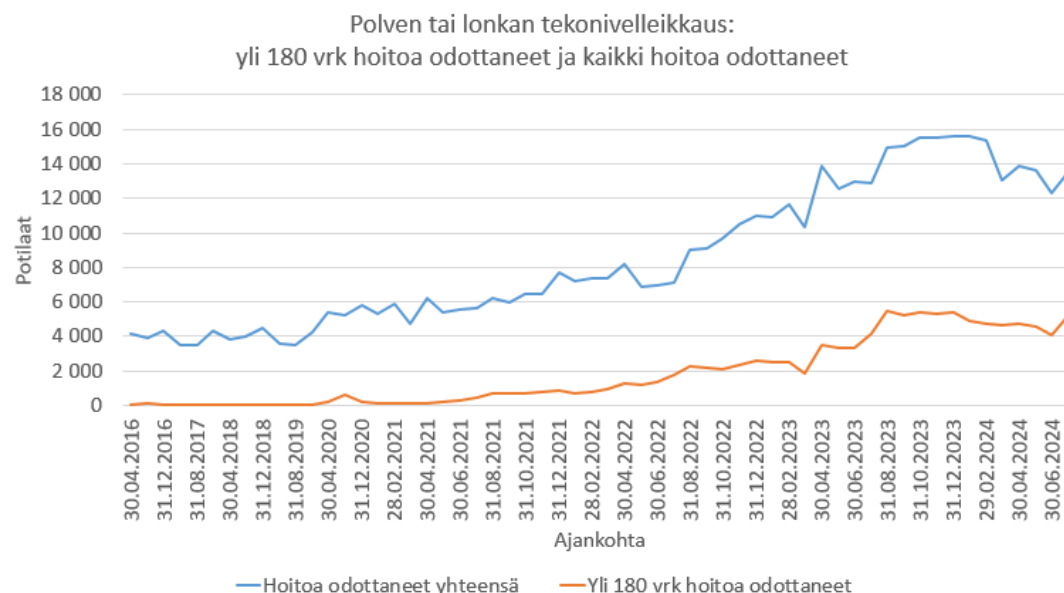
THL:n 30.4.2024 hoitoonpääsyraportin mukaan erikoissairaanhoidon hoitotakuun enimmäisajan eli kuusi kuukautta ylittäneitä potilaita oli koko maan tasolla yli 27 000 potilasta. Raportissa ei ole tietoa siitä, kuinka paljon yli kuusi kuukautta hoitoa leikkauksia odottaneita on, mutta raportissa on valittu seurantaan tiettyjä jonoryhmiä yleisimmistä leikkausryhmistä ja yleisimmistä konservatiivisten hoitojen jonoryhmiä (taulukko 9). Tässä otannassa yli kuusi kuukautta odottaneita on yli 12 000 potilasta. Suurimmat yksittäiset odotettavat leikkaukset olivat kaihikirurgia (1306 potilasta) ja polven ja lonkan tekonivelkirurgia (4718 potilasta). Muutoin kiireettömien toimenpiteiden odottajat jakautuvat useille erikoisaloille ja useisiin toimenpiteisiin, joista osa on päiväkirurgiseksi soveltuvia toimenpiteitä.⁵⁷

Taulukko 9. Hoitoa odottaneet (lukumäärä) jonoryhmien mukaisesti 30.4.2024. THL: Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 30.4.2024.

⁵⁷ THL: Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 30.4.2024: Kiireettömään erikoissairaanhoidon odottaneiden määrä väheni kevään aikana. <https://www.julkari.fi/handle/10024/149216>

Jonoryhmä	Yhteensä	1–90 vrk odotta- neet	91–180 vrk odotta- neet	Yli 180 vrk odotta- neet	Yli 180 vrk odotta- neet %
Rytmihäiriöiden hoito	550	491	47	12	2,2
Sepelvaltimoiden kuvaus	1 326	1 191	104	31	2,3
Kitarisaleikkaus tai täry- kalvon putkitus	644	520	110	15	2,3
Ruokatorven, mahalau- kun, suoliston tähytys	750	634	93	24	3,2
Naisen virtsankarkailu- leikkaus	183	123	52	8	4,4
Sepelvaltimoiden pallo- laajennus tai stentti	60	52	5	3	5,0
Hampaiden poistoleik- kaus	918	641	213	63	6,9
Nenän sivuonteloiden leikkaus	1 002	646	284	72	7,2
Sepelvaltimoiden ohitus- leikkaus	64	43	15	6	9,4
Kaihi-leikkaus	13 029	7 607	4 111	1 306	10,0
Suonikohjujen hoito	1 212	726	351	135	11,1
Gynekologinen las- keumaleikkaus	1 420	806	452	163	11,5
Kohdunpoisto	866	511	250	105	12,1
Rannekanava-ahtauman leikkaus	1 489	945	371	188	12,5
Kilpirauhasleikkaus	562	329	149	84	14,9
Olkapaan tähytys tai leikkaus	899	487	225	186	20,7
Yhteensä kaikki jono- ryhmät	56 352	28 655	15 329	12 378	22,0
Polvinivelen tähytys tai leikkaus	828	413	230	185	22,3
Isovarpaan tyvinivelen ongelmien leikkaus	1 669	773	508	388	23,2
Eturauhasen liikakasvun toimenpide	1 196	595	311	290	24,2
Käden pehmytkudosleik- kaus	1 094	508	318	268	24,5
Sappileikkaus	2 106	984	517	603	28,7
Ranne, käsinivelen muo- vaus/luudutusleik.	941	368	292	283	30,0
Nivus-, napa- tai arpityrä- leikkaus	6 321	2 538	1 746	2 035	32,2
Peräpukamaleikkaus	576	248	135	194	33,6
Polven tai lonkan teko- nivelleikkaus	13 904	5 428	3 760	4 718	33,9
Kaula- tai selkärangan luudutusleikkaus	1 277	520	316	441	34,5
Rintarauhasen pienennys- tai muovausleikkaus	1 463	528	364	572	39,1

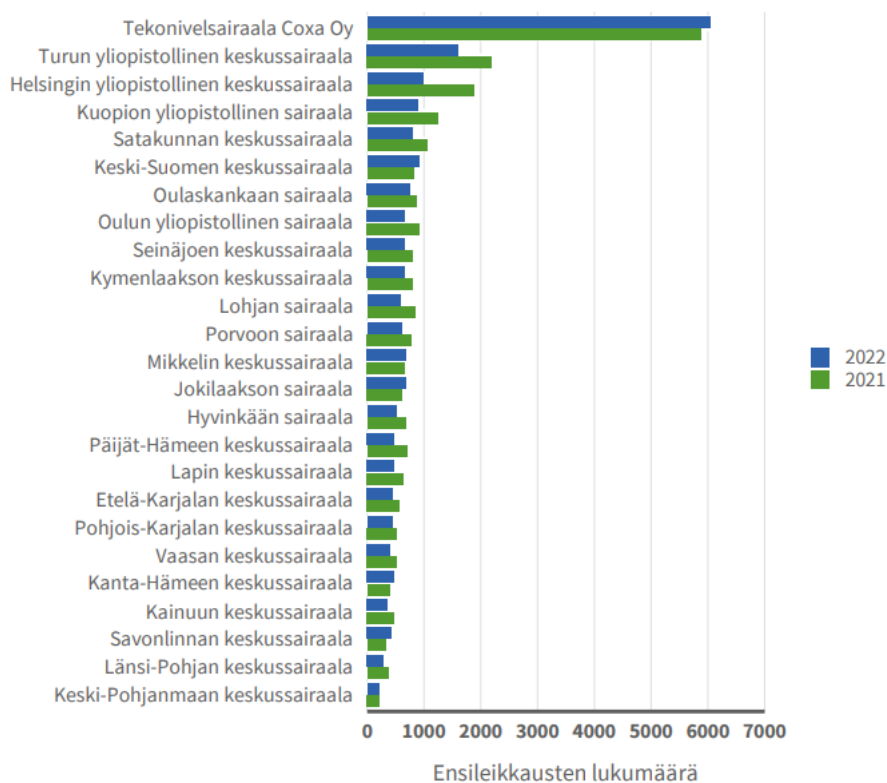
Kuvio 6. Polven ja lonkan tekonivelleikkaukset. Yli 180 vrk hoitoa odottaneet ja kaikki hoitoa odottaneet. Lähde: THL: Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa- tilastot.



THL:n implanttirekisterin mukaan vuonna 2022 tehtiin yhteensä 22 853 lonkan, polven ja olkapään tekonivelten ensileikkausta. Ensileikkausten määrä väheni 11,3 prosenttia vuodesta 2021. Leikkaukset ovat painottuneet julkisen sektorin sairaaloihin, mutta niitä tehtiin myös aiempaa enemmän yksityisissä sairaaloissa. Yliopistollisten sairaaloiden (sisältäen raportissa Tekonivelsairaala Coxa Oy:n) osuus kaikista ensileikkauksista oli 44,5 prosenttia, keskussairaaloiden osuus 33,7 prosenttia ja muiden julkisten sairaaloiden (Hyvinkää, Jokilaakson sairaala, Lohja, Oulaskangas, Porvoo) osuus 13,7 prosenttia. Yksityisissä sairaaloissa tehtiin yhteensä 1 836 lonkan, polven ja olkapään tekonivelten ensileikkausta, mikä on 824 enemmän kuin vuonna 2021. Yksityisten sairaaloiden osuus ensileikkauksista oli 8,1 prosenttia, joka on 4,1 prosenttiyksikköä enemmän kuin edeltävänä vuonna. Merkittävin volyyymi oli yksityisistä sairaaloista sairaala Ortonissa (yhteensä 1063 lonkan tai polven primaaria tekonivelleikkausta v. 2022). Lisäksi isoimpia yksityisiä palveluntuottajia olivat Mehiläinen Oy ja Terveystalo Oy eri toimipisteissään. Käytävissä ei ole tietoa siitä, mikä osuus yksityisen palveluntuottajan tekemistä toimenpiteistä on toteutettu hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän järjestäminä (ostopalvelu tai palveluseteli) ja vastaavasti asiakkaiden itse- tai vakuutustensa kautta maksaneina.

Kuvio 7. Lonkan, polven ja olkapään tekonivelten ensileikkausten määrät julkisissa sairaaloissa (mukana Coxa Oy) vuosina 2021–2022. Lähde: THL: Tekonivelleikkaukset 2022 : Tekonivelleikkauksia tehtiin aiempaa enemmän yksityisissä sairaaloissa.⁵⁸

Kuvio 1. Lonkan, polven ja olkapään tekonivelten ensileikkausten määrät julkisissa sairaaloissa vuosina 2021–2022



Lähde: Implanttirekisteri

Terveystalain 45 §:n 3 momentin säännöksellä on vaikutus myös hoitoon pääsyn enimmäisaikojen eli hoitotakuun käytännön toteutumiseen. Terveystalain 54 §:n 1 momentin mukaan jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta säädetyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialueen 9 §:n 1 momentissa tarkoitetulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta. Palvelusetelin antaminen on myös eräs tapa toteuttaa palveluiden tuotantoa. Palvelusetelin käytöstä säädetään erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa. Hyvinvointialueen 9 §:n 1 momentissa ja 54 §:ssä säädetään siis vaihtoehtoisista tavoista tuottaa terveydenhuollon palvelu. Terveystalain 45 §:n 3 momentin säännös käytännössä nykyisellään rajaa mahdollisuuksia toteuttaa hoitotakuun toteutumista ostopalvelusopimuksia käyttämällä. Myöskään palveluseteliä ei voimassa olevan lainsäädännön mukaan voi antaa, vaikka

⁵⁸ <https://www.julkari.fi/handle/10024/147344>

hoitotakuuajat eivät täyty. Hyvinvointialueiden mahdollisuudeksi jää tuottaa palvelu itse tai yhteistoiminnassa muun hyvinvointialueen kanssa.

Käytännössä osa hyvinvointialueista on kuitenkin esimerkiksi myöntänyt palveluseteleitä tiettyihin kiireettömiin leikkauksiin tai käyttänyt ostopalveluita. Tarkkaa tietoa siitä, minkä verran hankintaa tai palveluseteliä on käytetty ja mihin leikkauksiin, ei ole käytettävissä.

Päiväkirurgiset ja lyhytjälkihoitoiset leikkaukset sekä puudutusta tai nukutusta vaativat kevyet toimenpiteet ovat sellaisia suuren volyymin toimenpiteitä, jotka potilasturvallisesti voidaan toteuttaa myös yksityisen palveluntuottajan toimesta ja osaamisella. Sama koskee polven ja lonkan primäärejä päiväkirurgisia tekonivelleikkauksia olettaen, että potilasvalinta tehdään hyvinvointialueen toimesta onnistuneesti. Näiden toimenpiteiden hallittu ja rajattu hankinnan mahdollistaminen hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle auttaa lyhentämään hoitoketjuja ja edistää hoitotakuun määräajoissa pysymistä. Samalla hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymä pystyvät keskittämään omia resurssejaan ja leikkaussalikapasiteettia raskaan kirurgian ja ympärivuorokautisen kattavan toimintansa ylläpitoon. Kuitenkin samanaikaisesti on tasapainoiltava sen kanssa, ettei rakenneta lainsäädäntöä, joka kannustaa erityisesti tekonivelleikkauksia hoitavaa henkilökuntaa siirtymään suuressa määrin yksityisen sektorin palvelukseen, jotta voidaan turvata päivystyksellinen ja muuten vaativa hoito yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaaloissa. Päiväkirurgisten tekonivelleikkausten hankinta on perusteellua mahdollistaa erityisesti tilanteissa, joissa hoitotakuuta ei pystytä noudattamaan.

Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Kanta-Hämeen, Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan hyvinvointialueet omistavat tekonivelleikkauksiin erikoistuneen Tekonivelsairaala Coxa Oy:n ja Pirkanmaan, Keski-Suomen ja Kanta-Hämeen hyvinvointialueet Tays Sydänkeskus Oyn (Sydänsairaala). On mahdollista, että muutkin hyvinvointialueet perustuvat vastaavia yhtiöitä. Korkein hallinto-oikeus on katsonut erikoissairaanhoidon valinnanvapautta koskevassa ratkaisussaan, että valinnanvapauslainsäädännön näkökulmasta kunnalliseksi erikoissairaanhoidoksi katsottiin sairaala, jossa kunta järjesti erikoissairaanhoidon palveluja ostopalvelusopimuksella julkisen ja yksityisen toimijan yhteisyrityksen kanssa (Taltionumero 3361, diaarinumero 1263/16). Järjestämislainsäädännössä tällaisia yhteisöjä kohdellaan yksityisinä palveluntuottajina. Käytännössä asia toimii valinnanvapauden osalta siten, että potilas valitsee hyvinvointialueen hoitotahokseen, ja tällainen sairaala tuottaa palvelun hyvinvointialueelle ostopalvelusopimuksen perusteella (ks. HE 241/2020 vp, s. 376). Lisäksi järjestämislain 8 §:n mukaan hyvinvointialue saa järjestää ja tuottaa itse sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja toisen hyvinvointialueen alueella vain toimiessaan yhteistyössä tai yhteistoiminnassa kyseisen hyvinvointialueen kanssa siten kuin laissa säädetään. Käytännössä siis hyvinvointialueen omistama yritys ei voi toimia toisen hyvinvointialueen alueella ilman toisen hyvinvointialueen suostumusta ja myötävaikutusta.

Leikkaustoiminnan sääntelyä kehitettäessä onkin otettava huomioon myös hyvinvointialueiden omistamissa yhtiöissä tehtävä leikkaustoiminta. Pääministeri Orpon hallituksen ohjelman mukaan lainsäädäntö kirjoitetaan tavalla, joka mahdollistaa jatkossakin kuntien ja hyvinvointialueiden tehtävien järjestämisen yhtiömuodossa silloin, kun se ei vääristä kilpailua, sekä tavalla, joka turvaa huoltovarmuuden, potilasturvallisuuden, kielelliset oikeudet tai muun vastaavan painavan julkisen intressin.

Valtiovarainministeriön asettaman, usean ministeriön edustajista koostuneen työryhmän selvityksessä⁵⁹ selvitettiin julkisomisteisten yhtiöiden toimintaedellytyksiä, muun muassa EU:n valtiontukisääntelyä ja kilpailuneutraliteettia koskevaa sääntelyä. EU:n valtiontukisääntelyn soveltaminen edellyttää, että valtiontuen kaikki määritellyt edellytykset täytyvät. Eräs edellytyksistä on se, onko kyse taloudellisesta toiminnasta. Selvityksessä todetaan, että merkityksellinen on erityisesti kysymys siitä, miltä osin julkisomisteisten yhtiöiden toiminnan voidaan katsoa täyttävän valtiontuen tunnusmerkit. Toiminnan luonne on arvioinnissa määräävä tekijä, eikä esimerkiksi toimijan organisaatio- ja yhtiömuodolla tai rahoitustavalla ole arvioinnissa merkitystä.

Selvityksessä käsitellään valtiontuen käsitettä käyttäen lähteenä komission asiaa koskevaa tiedonantoa⁶⁰. Tiedonannossa erotellaan solidaarisuuteen perustuvat ja vakuutusperusteiset terveyspalvelujärjestelmät. Selvityksessä todetaan, että solidaarisuusperiaatteeseen perustuvat sosiaaliturva- ja terveydenhuollon järjestelmät eivät ole taloudellista toimintaa. Järjestelmää arvioitaessa otetaan huomioon erityisesti, onko sillä sosiaalinen päämäärä, toteuttaako se yhteisvastuuperiaatetta, puuttuuko harjoitetulta toiminnalta voitontavoittelu ja valvooko valtio sitä. Taloudellista toimintaa eivät siten harjoita esimerkiksi julkiset sairaalat, jotka ovat olennainen osa kansallista terveydenhuoltoa ja perustuvat lähes kokonaan solidaarisuuden periaatteelle. Tällöin sellaisetkaan toiminnot, jotka voisivat sinällään olla taloudellisia mutta jotka suoritetaan muun kuin taloudellisen palvelun tuottamiseksi, eivät ole luonteeltaan taloudellisia. Vakuutusperusteisissa järjestelmissä sairaalat ja muut terveydenhuoltopalvelujen tarjoajat tarjoavat palvelujaan potilaiden suoraan tai heidän vakuutusyhtiöidensä maksamaa korvausta vastaan. Palvelujen tarjoaminen potilaiden tai näiden vakuutusyhtiöiden korvausta vastaan ja tästä seuraava kilpailu sairaaloiden välillä voi merkitä taloudellista toimintaa. Toisaalta potilaalla voi olla mahdollisuus valita hoitopaikkansa ja järjestelmän palveluntarjoajien välillä voi olla jonkin verran kilpailua ilman, että toimintaa tulisi pitää taloudellisena.

Selvityksen mukaan Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää on vakiintuneesti pidetty solidaarisuuteen perustuvana. Selvityksessä todetaan johtopäätöksenä, että Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä ei kokonaisuutena arvioiden ole kyse taloudellisesta toiminnasta ja se jää siten valtiontukisääntöjen, ja myös kilpailuneutraliteettisääntelyn ulkopuolelle. Komission ja EU-tuomioistuimen oikeuskäytännöstä voidaan päätellä, että esimerkiksi järjestelmän sisäiset kustannustensiirrot ja jopa toiminnan yhtiöittäminen eivät välttämättä muuta solidaarisuuteen perustuvaa järjestelmää taloudelliseksi toiminnaksi. Lisäksi ne ovat katsoneet, että luonteeltaan ei-taloudelliseen toimintaan voi liittyä rajoitetusti voiton tavoittelua ja kilpailua. Tämän järjestelmän puitteissa toimiessaan myös julkisomisteisten yhtiöiden toimintaa voidaan lähtökohtaisesti pitää ei-taloudellisena toimintana. Taloudellisen toiminnan arviointi vaatii kuitenkin aina viime kädessä tapauskohtaista arviointia. Asiaa arvioitaessa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti yhtiön mahdolliseen voiton tavoitteluun, asiakkaiden valinnanvapauteen ja kilpailun olemassaoloon sekä siihen, missä määrin näitä seikkoja on yhtiön toiminnassa rajoitettu ja toteuttavatko ne järjestelmän toiminnan kannalta hyväksyttäviä tavoitteita.

⁵⁹ Selvitys julkisomisteisten yhtiöiden toimintaedellytyksistä. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:54.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164195>

⁶⁰ Komission tiedonanto Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen 107 artiklan 1 kohdassa tarkoitettua valtiontuen käsitteestä, EUVL 2016/C 262/01) (komission tiedonanto Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen 107 artiklan 1 kohdassa tarkoitettua valtiontuen käsitteestä, EUVL 2016/C 262/01

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistusta koskevan hallituksen esityksen suhteesta EU-oikeuden valtioneuvoston päätöksiin on käyty keskusteluja komission kanssa (HE 241/2020 vp, s. 22). Näissä keskusteluissa komissio ei nostanut esiin tarvetta ilmoittaa sille SEUT 108 artiklan 3 kohdan mukaisessa menettelyssä (valtiontukea koskeva tieto) mitään esitykseen sisältyvää toimenpidettä.

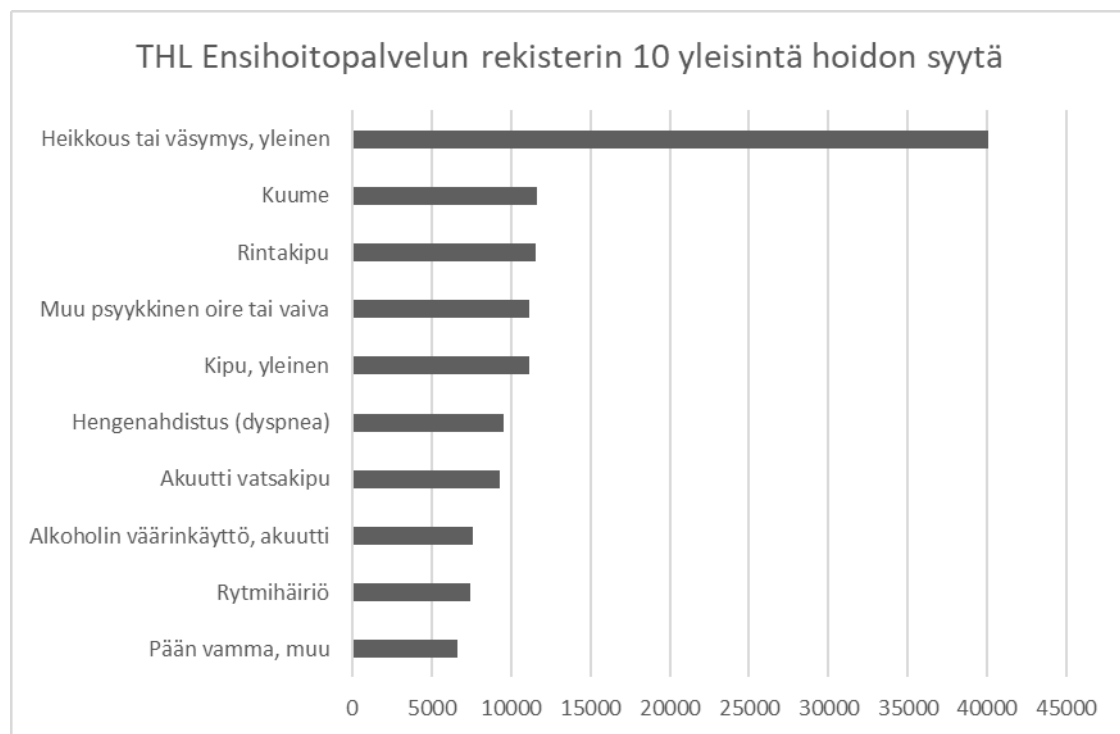
Tämän esityksen yhteydessä ei ole tarkoitus muuttaa julkisoikeudellisten yhtiöiden asemaa järjestämislainsäädännössä koskevaa lainsäädäntöä, tai esimerkiksi säätää yleisesti niiden toiminnan edellytyksistä. Julkisoikeudellisten yhtiöiden toiminta tämän esityksen sääntely-yhteydessä edellä todettuun viitaten ei tule EU:n valtioneuvoston päätösten tai kilpailuneutraliteettisääntelyyn piiriin. Lainsäädäntö on kuitenkin perusteltua laatia sellaiseksi, että kaikkien yksityisten palveluntuottajien osalta selkeytetään, minkä edellytysten täytyessä niiltä voidaan hankkia leikkaustoimintaa ja muita toimenpiteitä.

2.2.8 Ensihoito

Terveydenhuoltolaissa ja ensihoitoasetuksessa säädetty vaatimukset päivystyspalveluiden kokonaisuuden huomioinnista ja integroinnista ovat toistaiseksi toteutuneet vaihdellen ja hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä järjestävät ensihoitopalvelun alueellaan vaihtelevin tavoin. Jokaisella alueella on omaa palveluntuotantoa, jossa terveydenhuolto vastaa itse ensihoitopalvelun tuottamisesta. Yksityisiä yrityksiä käytetään pääasiassa pienemmissä kaupungeissa ja maaseutualueilla, poikkeuksena yksittäiset suuremmat kaupungit, joissa kiireettömät tehtävät osoitetaan yksityiselle palveluntuottajalle. Pelastustoimen palveluntuotanto on edelleen pääsääntö monissa isoissa kaupungeissa, mutta viime vuosina useat hyvinvointialueet kuten Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo ja Päijät-Häme ovat siirtäneet toiminnan täysin osaksi terveydenhuoltoa paremmaksi koettujen synergiaetujen vuoksi. Ensivastetoiminnan tuottavat käytännössä pelastuslaitokset ja sopimuspalokunnat.

Ensihoitopalvelun profiili on merkittävästi muuttunut 2000-luvulla. Samalla kun ensihoitopalvelu on kehittynyt sairaiden kuljetuksesta kohti kyvykkyyttä laaja-alaiseen hoidon tarpeen arvioon ja vaativan hoidon aloittamiseen kohteessa, on väestön perussairauksien hoidossa ja liikenneturvallisuudessa tapahtunut kehitys vähentänyt perinteisen kiireellisen ensihoidon tarvetta. Ensihoitopalvelun selkeästi suurin potilasryhmä on epämääräisin tai yleisin oirein apua hakeva iäkäs ihminen, joka ei pärjää kotona. Kasvavana potilasryhmänä on mielenterveyden ongelmien vuoksi ensihoitopalvelusta apua hakevat potilaat, joiden auttamisen mahdollisuudet ensihoitopalvelun keinoin ovat hyvin rajalliset. Yhdessä päihteiden vuoksi ensihoitopalvelussa hoidettavien kanssa mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat toiseksi yleisin syy ensihoitopalvelun antamaan hoitoon.

Taulukko 10. Yleisimmät hoidon syyt THL:n ensihoitopalvelun rekisteriaineistossa (Lähde: THL Ensihoitopalvelun rekisteri)



Ensihoitopalvelun tehtävämäärän vuosittaisen nousun arvioidaan johtuvan iäkkäiden määrän kasvusta ja haasteista saada perusterveydenhuollon palveluita. Toisaalta Kelan korvaamien ambulanssimatkojen määrissä ei vuosien 2006–2023 aikavälillä ole merkittävää vaihtelua, vaan korvauksia on maksettu vuosittain noin 450 000 – 500 000 matkalta ja saajia on ollut noin 300 000. Kelan tilastojen mukaan sen sijaan kasvua on ollut vuosittain peruuntuneiden kuljetusten osalta, vuonna 2006 niitä oli vajaa 3000 kappaletta ja vuonna 2023 40 300 kappaletta. Ensihoitopalveluun ja päivystyksiin kohdistuvaa kysyntää voidaan hallita enenevässä määrin tekemällä hätäkeskuksen toteuttaman riskinarvion jälkeen uusi, terveydenhuollon ammattilaisen tekemä hoidon tarpeen arviointi joko puhelimitse tai potilaan luona. Tähän tarkoitukseen on ensihoitopalvelun yhteyteen tai osaksi hyvinvointialueen muita päivystyspalveluita perustettu hoidon tarpeen arviointiin erikoistuneita yhden työntekijän liikkuvia arviointiyksiköitä tai etäyhteydellä arviointia tekeviä virtuaaliyksiköitä. Tällainen integroitu malli, jossa potilaan luo ohjataan ambulanssin sijaan sopivampi arviointipalvelu, on viety pisimmälle Päijät-Hämeessä, jossa ensihoitopalvelun tehtävämäärä on kääntynyt historiallisesti ja muusta maasta poiketen laskuun. Uudelleenarviointi on todettu niin ikään vuonna 2022 julkaistussa väitöstudkimuksessa tehokkaaksi, turvallisiksi ja potilaat ovat palveluun tyytyväisiä.⁶¹ Tällä toimintamallilla kiireettömien ensihoitotehtävien määrä vähenee jopa 40 %. Jotkin alueet ovat integroineet toimintaan mukaan myös Päivystysapu 116 117:n. Hätäkeskuslaitoksen kanssa yhteistyössä tehtävä viestintä ja väestön ohjaus oikean

⁶¹ <https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/37321/isbn978-952-62-3265-2.pdf>

yhteydenottokanavan valinnassa mahdollistuu, kun Päivystysapu 116 117 laajenee vuoden 2024 aikana kattamaan viimeisenkin eli Lapin hyvinvointialueen.

lakkään väestön lisääntyessä ensihoitopalvelun tehtävämäärän oletetaan jatkavan kasvuaan. Kasvun hillitsemiseksi hyvinvointialueiden tulee tehdä merkittäviä panostuksia päivystyspalveluiden ja muiden palveluiden integraation edistämiseksi sekä uusiin toimintamalleihin, joita on toistaiseksi kokeiltu hyvin hajanaisesti ja pistemäisesti. Lisäksi tehtävämääriin vaikuttavat kulloinkin voimassa olevat Hätäkeskuslaitokselle annettavat tehtävänkäsittelyohjeet. Ensihoitopalvelun ja päivystysten tiedonhallinnan kehittyessä kansallisiin järjestelmiin ja tiedonkeruuseen voidaan integraation parhaita käytäntöjä seurata, vertaiskehittää ja jalkauttaa. Toimivat ja luotettavat päivystyspalvelut ovat yksi edellytys yhteiskunnan sosiaalisen koheesion, organisaatio- ja yksilötason resilienssin ja poikkeusolojen toimintakyvyn ylläpidon kannalta.

2.2.9 Palvelujärjestelmän valmius ja varautuminen

Sairaala- ja päivystystoiminnan ja -verkon on pysyttävä toimintakykyisenä ja kyettävä reagoimaan erilaisiin poikkeus- ja häiriötiloihin yksittäisen hyvinvointialueen, yhteistyöalueen ja muiden lähihyvinvointialueiden sekä kansallisella tasolla. Mitä haastavammasta ja laajemmasta poikkeuksellisesta terveydenhuoltoa koskettavasta tilanteesta on kyse, sitä varmemmin edellytetään sairaaloiden ja päivystysten toimimista kansallisena kokonaisuutena. Esimerkiksi Covid -19-pandemian aikana oli välttämätöntä saada ja ylläpitää ajantasaista yhteistä tilannekuvaa sairaalakapasiteetin ja henkilöstön riittävyydestä. Myös potilaskuormaa jaettiin kansallisesti eri sairaaloiden välillä, valtakunnalliseen tilannekuvaan nojautuen.

Varsinkin Covid-19-pandemian antamien kokemusten ja oppien mukaisesti on kehitetty sekä lainsäädännössä että toiminnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa koskevan tilannekuvan muodostamista ja ylläpitoa ja valmiussuunnittelun yhtenäisiä perusteita. Järjestämislain 50 §:n mukaan hyvinvointialueen on varauduttava ennakoon tehtävillä valmiussuunnitelmilla sekä muilla toimenpiteillä yhteistyössä alueensa kuntien ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueensa hyvinvointialueiden kanssa häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. Hyvinvointialueen on varautumisessaan varmistettava palvelujen jatkuvuuden turvaaminen myös silloin, kun palveluja toteutetaan hankkimalla niitä yksityisiltä palveluntuottajilta. Edelleen 51 §:n mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueellaan ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua valtakunnallisten yhtenäisten periaatteiden mukaisesti. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella ja HUS-yhtymässä tulee yhteistyöalueen tilannekuvan luomista ja ylläpitämistä varten olla sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskus. Sen tehtävänä on yhteistyöalueellaan koota ja ylläpitää tilannekuvaa häiriötilanteesta ja palvelujärjestelmän suosituskyvystä. Sosiaali- ja terveysministeriö muodostaa yhteistyössä valmiuskeskusten kanssa valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvan.

Kahta tai useampaa hyvinvointialuetta taikka HUS-yhtymää ja yhtä tai useampaa hyvinvointialuetta koskevassa häiriötilanteessa sosiaali- ja terveysministeriö voi määrätä yhden kyseisistä hyvinvointialueista tai HUS-yhtymän häiriötilanteen koskiessa sitä johtamaan ja koordinoimaan tilannetta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erityisen merkittävisissä häiriötilanteissa sosiaali- ja terveysministeriö voi ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon johto- ja koordinaatiovastuun itselleen.

Hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän päivystykset ja sairaalat muodostavat myös poikkeusoloissa Suomen terveydenhuollon rungon. Puolustusvoimien oma

terveydenhuollon toiminta rajoittuu varuskuntien yhteydessä oleviin terveysasemiin ja puolustusvoimien toteuttamaan kenttälääkinnän ensihoitoon ja ambulanssitoimintaan. Lisäksi esimerkiksi sotilasharjoituksiin liittyen voidaan perustaa väliaikaisia kenttälääkintäyksiköitä. Kaikessa muussa terveydenhuollon toiminnassa esimerkiksi päivystyksen ja erikoissairaanhoidon osalta Puolustusvoimat tukeutuu muihin palveluntuottajiin, käytännössä hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän vastuulla olevaan julkiseen terveydenhuoltoon. Suomessa ei ole sellaista muusta terveydenhuollosta erillistä puolustusvoimien / sotilaslääketieteellistä terveydenhuoltoa kuin osassa muita maita (vrt. ”military medicine”, ”military hospital”). Poikkeusoloissa sairaaloiden tulee kyetä vastaamaan siviiliväestön palveluiden lisäksi myös Puolustusvoimien ja liittolaisten (NATO) sotilaspotilaiden hoidosta ja jälkimmäisten evakuoinnista liittolaismaihin.

Poikkeusolojen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta säädetään sitä koskevassa laissa (1554/2011) ja asetuksessa (484/2022). Neuvottelukunnan tehtävä on suunnitella ja valmistella sosiaali- ja terveydenhuollon hoitamista poikkeusoloissa sekä niitä normaaliolojen valmiuteen liittyviä asioita ja tukitoimia, joiden järjestäminen normaalioloissa muodostaa perustan poikkeusoloihin varautumiselle. Neuvottelukunnassa ja sen jaostoissa on oleellisten ministeriöiden lisäksi edustus hyvinvointialueilta, Helsingin kaupungista ja HUS-yhtymästä. Neuvottelukunta ja sen jaostot tekevät muiden viranomaisten, mukaan lukien Puolustusvoimien, kanssa yhteistyötä valmiussuunnittelussa.

Osin samanaikaisesti tämän hallituksen esityksen kanssa on valmisteltu hallituksen esitystä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain muuttamisesta, koskien sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisen säädöksiä. Erityisesti siinä halutaan vahvistaa varautumista ja menettelyjä häiriötilanteisiin, jotka koskevat useita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäjiä ja joissa tarvitaan yhteisten resurssien käyttämistä.

Valmiuslain (1552/2011) 86 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö sekä toimialueellaan aluehallintovirasto voi päätöksellään tietyissä poikkeusoloissa velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön laajentamaan tai muuttamaan toimintaansa, siirtämään toimintansa kokonaan tai osaksi oman toimialueensa tai sijaintipaikkansa ulkopuolelle taikka järjestämään toimintaa myös toimialueensa ulkopuolella sekä sijoittamaan hoidon tai huollon tarpeessa olevia henkilöitä toimintayksikköonsä siitä riippumatta, mitä asiasta on säädetty, määrätty tai sovittu tai luovuttamaan toimintayksikön tai osan siitä hyvinvointialueen tai valtion viranomaisten käyttöön. Valmiuslain 88 §:n nojalla poikkeusoloissa voidaan luopua kiireettömän hoidon hoitoon pääsyn enimmäisaikojen noudattamisesta.

Poikkeusoloissa tilannekuvaa, sairaaloiden keskinäistä työnjakoa sekä terveydenhuollon palveluiden sisältöä ja kriteereitä voidaan määritellä uudelleen tilanteen edellyttämällä tavalla normaaliloista poikkeavasti.

2.3 Hyvinvointialue- ja yhteistyöaluekohtainen eräiden sairaaloiden ja päivystysyksiköiden tarkastelu

2.3.1 Yleistä

Vuoden 2023 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun vastaanottaneet hyvinvointialueet ovat keskenään varsin erilaisia. Merkittävää vaihtelua on muun muassa väestömäärässä, alueen maantieteellisessä koossa, sairastavuudessa ja asukastiheydessä. Samoin eri hyvinvointialueiden historia on vaihteleva. Osa alueista on toiminut nykyisen hyvinvointialueen kokoisena integroituna kuntayhtymänä, kun osalla alueista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on ollut jakautunut kymmenille erillisille kunnille.

Hyvinvointialueiden palveluiden toteuttaminen vaihtelee myös sairaaloiden ja päivystysten osalta. Jokaisella hyvinvointialueella on joko yliopistollinen sairaala tai keskussairaala lukuun ottamatta Uttamaata, jossa HUS-yhtymä ylläpitää useita päivystäviä sairaaloita eri paikkakunnilla. Etelä-Savon ja Lapin hyvinvointialueilla yhdistyi kaksi sairaanhoitopiiriä, joten niiden alueella on kaksi aiempaa keskussairaala, Etelä-Savossa Mikkeliissä ja Savonlinnassa ja Lapissa Rovaniemellä ja Kemissä Länsi-Pohjan sairaala. Lisäksi Suomessa on yliopistollista sairaalaa ylläpitävillä hyvinvointialueilla myös entisiä aluesairaloita, joissa on ylläpidetty lain säätämisen mahdollisuuden pohjalla yhteispäivystystä ja leikkaustoimintaa. Tarkemmin sairaaloiden ja päivystysyksiköiden järjestelmää on kuvattu jaksossa 2.1.2 ja 2.1.3.

Monella hyvinvointialueella on pitkään toiminut vain yksi yöaikainen väestölle avoin päivystysyksikkö keskussairaalan yhteydessä. Nämä hyvinvointialueet ovat Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa, Pohjois-Karjala, Etelä-Karjala ja Satakunta. Näillä hyvinvointialueilla myös raskas leikkaustoiminta ja synnytysten hoito on kokonaisuudessa keskitetty yhteen sairaalaan. Osa näistä hyvinvointialueista on maantieteellisesti varsin laajoja.

Kukin hyvinvointialue kuuluu yhteen viidestä yhteistyöalueesta, joista on säädetty valtioneuvoston asetuksella siten, että yliopistollista sairaalaa ylläpitävät hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä kuuluvat kukin eri yhteistyöalueeseen. Lain mukaan yliopistollinen sairaala on oltava niillä hyvinvointialueilla, joiden alueella sijaitsevat Turun, Oulun ja Tampereen yliopistot ja Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunta. Lisäksi yliopistollista sairaalaa ylläpitää HUS-yhtymä.

Seuraavassa tarkastellaan yhteistyöaluekohtaisesti hyvinvointialueita ja niiden sairaaloita. Kuvauksessa keskitytään nimenomaisesti ympärivuorokautisesti väestölle avointa kiireellistä hoitoa tarjoaviin sairaaloihin. Hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä ylläpitävät lukuisia muita erityyppisiä sairaaloita alueillaan. Näissä sairaaloissa on vaihdellen laaja-alaista poliklinistä eri erikoisalojen toimintaa sekä vuodeosastoja muun muassa yleislääketieteen, geriatrian, kuntoutuksen tai muutoin yksittäisen erikoisalan osalta. Lisäksi alueilla on erillisiä psykiatrisia sairaaloita. Näissä sairaaloissa ei ole väestölle avointa ympärivuorokautista päivystystä, vaikka muutoin vastaanottoajat voivat olla virka-aikoja laajemmat. Näitä sairaaloita ei kuvata tässä yksityiskohtaisemmin.

Jaksossa 2.1.2 on esitetty seuraavassa kuvatut sairaalat ja muut ympärivuorokautisesti päivystävät yksiköt kartalla.

Edellä jaksossa 2.2.5 on tuotu esiin, että tässä esityksessä lähtökohtana on, että kullakin hyvinvointialueella säilyisi yksi monierikoisalainen ympärivuorokautisesti päivystävä yliopistollinen sairaala tai keskussairaala. HUS-yhtymään kohdistuvan sääntelyn kehittämistarpeita on sen erittäin laajan väestöpohjan takia perusteella perusteltua arvioida erikseen. Seuraavissa jaksoissa kuvataan tarkemmin sellaisia sairaaloita ja yksiköitä, joita on tämä huomioon ottaen tarpeen erityisesti tarkastella tarkemmin.

Etelä-Suomen yhteistyöalue

Etelä-Suomen yhteistyöalueeseen kuuluvat HUS-yhtymä, Helsingin kaupunki, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Vantaan ja Keravan hyvinvointialue, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Kymenlaakson hyvinvointialue sekä Päijät-Hämeen hyvinvointialue.

Etelä-Suomen yhteistyöalueella toimii HUS-yhtymän ylläpitämänä Helsingin yliopistollinen keskussairaala, jolla on useita eri sairaalayksiköitä eri paikkakunnilla pääkaupunkiseudulla. Lisäksi HUS-yhtymä ylläpitää ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen sairaaloita Hyvinkäällä, Lohjalla ja Porvoossa. Lisäksi Raaseporissa on ylläpidetty ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla. Raaseporin sairaalan toiminta on siirtymässä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen toiminnaksi. Alueellisten päätösten mukaan 2.9.2024 alkaen Raaseporissa ei ole enää ympärivuorokautista päivystystä, vaan päivystys toimii klo 8-20. Synnytyksiä hoidetaan Naistenklinikan ja Jorvin sairaalan lisäksi Hyvinkäällä ja Lohjalla. Leikkaustoimintaa on pääkaupunkiseudun lisäksi Hyvinkäällä, Lohjalla ja Porvoossa.

Etelä-Karjalan, Päijät-Hämeen ja Kymenlaakson (Kotka) keskussairaalat ovat yhteistyöalueen muut yhteispäivystystä ylläpitävät sairaalat. Leikkaustoimintaa ja synnytyksiä hoidetaan kaikissa keskussairaaloissa. Poikkeuksena kaikista muista Suomessa tällaisella poikkeusluvalla toimivista ympärivuorokautisista päivystyksistä on Kouvolassa rinnakkain sekä perusterveydenhuollon että akuuttilääketieteen päivystykseksi tulkittu väestölle avoin päivystys, kun muissa päivystysyksiköissä kyseessä on yleislääkäritasoinen päivystys. Synnytyksiä hoidetaan voimassa olevan ministeriön poikkeusluvan perusteella Etelä-Karjalan keskussairaalassa.

Itä-Suomen yhteistyöalue

Itä-Suomen yhteistyöalueeseen kuuluvat Pohjois-Savon hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Etelä-Savon hyvinvointialue ja Pohjois-Karjalan hyvinvointialue.

Itä-Suomen yhteistyöalueella on yhteispäivystys Kuopion yliopistollisessa sairaalassa sekä Etelä-Savon (Mikkeli) ja Pohjois-Karjalan (Joensuu) keskussairaaloissa, Keski-Suomen keskussairaalassa eli sairaala Novassa (Jyväskylä) sekä lisäksi Savonlinnan sairaalassa. Sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla toimivat Iisalmen, Varkauden ja Jämsän ympärivuorokautiset perusterveydenhuollon päivystykset. Leikkaustoimintaa toteutetaan ja synnytyksiä hoidetaan Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja kaikissa alueen keskussairaaloissa, joista Mikkelin keskussairaalassa synnytyksiä hoidetaan voimassa olevan ministeriön poikkeusluvan perusteella.

Sisä-Suomen yhteistyöalue

Sisä-Suomen yhteistyöalueeseen kuuluvat Pirkanmaan hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue ja Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue.

Sisä-Suomen yhteistyöalueella on yhteispäivystys Tampereen yliopistollisessa sairaalassa sekä Etelä-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen keskussairaaloissa. Valkeakoskella toiminut yöaikainen päivystys lakkasi 1.6.2024 lukien ja päivystys toimii nykyään klo 8-22 välillä. Aiemmin Forssassa poikkeusluvalla toimineen ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen yöaikainen päivystys lakkasi 1.1.2024 ja yöaikainen päivystyspalvelu siirtyi Kanta-Hämeen keskussairaalaan. Alueella toteutetaan leikkaustoimintaa ja hoidetaan synnytyksiä Tampereen yliopistollisessa sairaalassa ja kaikissa alueen keskussairaaloissa ja lisäksi leikkaustoimintaa on Valkeakosken sairaalassa.

Länsi-Suomen yhteistyöalue

Länsi-Suomen yhteistyöalueeseen kuuluvat Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue ja Pohjanmaan hyvinvointialue.

Länsi-Suomen yhteistyöalueella on yhteispäivystys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa, Satakunnan keskussairaalassa ja Vaasan keskussairaalassa. Lisäksi yhteispäivystys on Salon sairaalassa. Poikkeusluvalla toimii ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys Pietarsaareissa. Alueella toteutetaan leikkaustoimintaa ja hoidetaan synnytyksiä Turun yliopistollisessa keskussairaalassa ja kaikissa alueen keskussairaaloissa ja lisäksi leikkaustoimintaa on Salon sairaalassa.

Pohjois-Suomen yhteistyöalue

Pohjois-Suomen yhteistyöalueeseen kuuluvat Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Kainuun hyvinvointialue ja Lapin hyvinvointialue.

Pohjois-Suomen yhteistyöalueella yhteispäivystys on Oulun yliopistollisessa sairaalassa ja lisäksi Lapin, Kainuun (Kajaani) ja Keski-Pohjanmaan (Kokkola) keskussairaaloissa sekä Länsi-Pohjan sairaalassa (Kemi) ja Oulaskankaan sairaalassa (Oulainen). Poikkeusluvalla toimivat ympärivuorokautiset perusterveydenhuollon päivystykset toimivat Ivalossa, Kuusamossa ja Raahessa. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue on päättänyt, ettei Raahen haeta enää jatkopoikkeuslupaa voimassa olevan luvan päättyessä 31.12.2024, vaan ympärivuorokautinen päivystys Raahessa lakkaa tuolloin. Raahen päivystys toimii klo 22 asti vuoden 2025 alusta. Alueella toteutetaan leikkaustoimintaa yliopistosairaalassa ja kaikissa yllä mainituissa keskussairaaloissa. Lisäksi leikkaustoimintaa on Länsi-Pohjan sairaalassa ja Oulaskankaan sairaalassa. Synnytyksiä hoidetaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa, Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa sekä voimassa olevan poikkeusluvan nojalla Lapin, Länsi-Pohjan ja Kainuun keskussairaaloissa.

2.3.2 Tiettyjen ympärivuorokautista yhteispäivystystä ja leikkaustoimintaa toteuttavien sairaaloiden arviointia

2.3.2.1 Yliopistollisten hyvinvointialueiden ylläpitämät muut kuin yliopistolliset sairaalat

Oulaskankaan sairaala (Oulainen, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue)

Sairaalassa on kattavaa poliklinista toimintaa useilla erikoisaloilla. Sairaalassa on 18 kirurgian, 18 sisätautien sekä 12 psykiatrian vuodeosastopaikkaa. Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja ei ole.

Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti 1–2 jakamatonta etupäivystystä hoitavaa lääkäriä, jotka hoitavat myös yleislääketieteen päivystyksen. Kirurgialla, anestesiolla ja sisätaudeilla on lisäksi ns. takapäivystystä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 49, joista ilta-aikaan 25 ja yöllä 10. Päivystyksen lääkäriyöpanos hankitaan vuokratyövoimana kokonaan.

Oulaskankaan sairaalassa tehtiin vuonna 2023 883 lonkan tai polven tekonivelleikkausta, mutta ei muuta keskittämisasiäsetuksen mukaista leikkaustoimintaa. Sairaalassa on ilta- ja yöaikaan valmiudessa yksi leikkaussali. Ilta-aikaisia/yöaikaisia leikkauksia tehtiin vuonna 2023 ortopedian ja traumatologian erikoisalalla yhteensä 65/3, muussa kirurgiassa 8/0.

Salon sairaala (Varsinais-Suomen hyvinvointialue)

Sairaalassa on kattavaa polikliinista toimintaa useilla erikoisaloilla. Sairaalassa on 12 kirurgian, 26 sisätautien ja 90 yleislääketieteen vuodeosastopaikkaa. Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja on 5.

Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti yksi konservatiivisten alojen etupäivystäjä ja osa-aikaisesti yleislääkäri. Useilla erikoisaloilla on lisäksi ns. takapäivystystä. Päivystyksessä (erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon) on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 69, joista ilta-aikaan (mediaani) 20 (keskiarvo 28) ja yöllä (mediaani) 6. Henkilöstön saatavuus lääkärin ja hoitajien osalta on ollut melko hyvä eikä vuokratyövoimaa juuri ole hankittu.

Salon sairaalassa ei tehty vuonna 2023 keskittämisasiäsetuksen mukaisia leikkauksia lainkaan. Sairaalassa on ilta-aikaan klo 16–22 valmiudessa yksi leikkaussali, yöaikaista valmiutta ei ole. Ilta-aikaisia leikkauksia tehtiin vuonna 2023 muulla kirurgialla kuin ortopedialla ja traumatologialla yhteensä 55.

TAYS Valkeakosken sairaala (Pirkanmaan hyvinvointialue)

Sairaalassa on kattavaa polikliinista toimintaa useilla erikoisaloilla. Sairaalassa on 20 sisätautien vuodeosastopaikkaa. Lisäksi sairaalassa on perusterveydenhuollon tasoisena akuuttiosasto (36 paikkaa), geriatrinen osasto (20 paikkaa) kuntoutusosasto (32 paikkaa) ja palliatiivinen yksikkö (10 paikkaa). Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja ei ole. Sairaalassa tehdään päiväkirurgisia ja lyhytjälkihoitoisia leikkauksia.

Sairaalassa toimi aiemmin ympärivuorokautinen monierikoisalainen päivystys, mutta 1.6.2024 lukien päivystys toimii klo 8–22. Sairaalassa päivystää aukioloajan puitteissa yksi akuuttilääkäri, yksi konservatiivisten erikoisalojen lääkäri ja yksi yleislääkäri ja osa-aikaisesti anestesialääkäri. Takapäivystys saadaan Tays keskussairaalasta. Radiologi on saatavilla virka-aikaisesti.

Päivystyksessä oli vuonna 2023 käyntejä vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 65, joista ilta-aikaan 23 ja yöllä 14. Lääkärityövoimaa erityisesti etupäivystykseen hankittiin 1,9 miljoonalla eurolla vuonna 2023.

Valkeakosken sairaalassa ei tehty vuonna 2023 keskittämisasiäsetuksen mukaisia leikkauksia lainkaan. Sairaalassa ei ole leikkaussalivalmiutta ilta- tai yöaikaan.

Hyvinkään sairaala (HUS-yhtymä)

Sairaalassa on kattavaa polikliinista toimintaa useilla erikoisaloilla. Sairaalassa on 47 kirurgian, 20 naistentautien ja synnytysten, 56 sisätautien, 16 neurologian, 16 lastentautien ja 32 psykiatrian vuodeosastopaikkaa. Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja on 19.

Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti 1 yleislääkäri, 1–2 akuuttilääkärinä, 1–2 konservatiivisten erikoisalojen ja 2 kirurgisten alojen etupäivystäjää sekä 2 anesthesiologia ja 1 naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, 1 lastenlääkäri, sekä osa-aikaisesti psykiatri ja radiologi. Useilla erikoisaloilla on lisäksi ns. takapäivystystä, osin myös etäpäivystystenä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 153, joista ilta-aikaan 50 ja yöllä 23. Lääkärin ja hoitajien saatavuus on ollut kohtalainen.

Hyvinkään sairaalassa tehtiin vuonna 2023 758 lonkan tai polven tekonivelleikkausta, 77 selkäkirurgista leikkausta, 282 primääriä rintasyöpäleikkausta, 63 paksusuolisyövän leikkausta, 42 munuaissyövän leikkausta ja 47 eturauhassyövän radikaaliprostatektomiaa. Keskittämisesetuksessa edellytetyt sairaalakohdaiset leikkausmäärät ylittyvät tekonivel- ja rintasyöpäkirurgiassa, mutta alittuvat muutoin. Leikkausten toteuttamisesta Hyvinkään sairaalassa on sovittu yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa. Sairaalassa on ilta- ja yöaikaan valmiudessa yksi leikkaussalitiimi. Ilta-aikaisia/yöaikaisia leikkauksia tehtiin vuonna 2023 yhteensä 394/104 kirurgisilla erikoisaloilla sekä 70/88 naistentautien ja synnytysten erikoisalalla.

Lohjan sairaala (HUS-yhtymä)

Sairaalassa on kattavaa polikliinista toimintaa useilla erikoisaloilla. Sairaalassa on 30 kirurgian, 14 naistentautien ja synnytysten, 59 sisätautien/nefrologian, 2 lastentautien ja 24 psykiatrian vuodeosastopaikkaa. Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja on 7.

Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti 2 yleislääkärinä, 1 akuuttilääkäri, 1 konservatiivisten erikoisaloiden ja 1 kirurgisten alojen etupäivystäjä sekä 1 anestesioologi ja 1–2 naistentautien ja synnytysten erikoislääkärinä, 1 lastenlääkäri sekä 1 psykiatri. Kirurgialla, anestesiolla ja sisätaudeilla on lisäksi ns. takapäivystystä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 79, joista ilta-aikaan 30 ja yöllä 13. Lääkärin ja hoitajien saatavuus on ollut kohtalaisen hyvä. Vuokratyövoimaa on käytetty annettujen tietojen mukaan lähinnä yleislääkäreillä ja psykiatrialla.

Lohjan sairaalassa tehtiin vuonna 2023 560 lonkan tai polven tekonivelleikkausta, mutta ei muuta keskittämisesetuksen mukaista leikkaustoimintaa. Määrä alittaa niukasti keskittämisesetuksessa edellytetyt sairaalakohdaiset leikkausmäärät, mutta niiden toteuttamisesta Lohjan sairaalassa on sovittu yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa. Sairaalassa on ilta- ja yöaikaan valmiudessa yksi leikkaussalitiimi. Ilta-aikaisia/yöaikaisia leikkauksia tehtiin vuonna 2023 yhteensä 132/24 kirurgisilla erikoisaloilla sekä 43/20 naistentautien ja synnytysten erikoisalalla.

Porvoon sairaala (HUS-yhtymä)

Sairaalassa on kattavaa polikliinista toimintaa useilla erikoisaloilla. Sairaalassa on 25 kirurgian ja 45 sisätautien vuodeosastopaikkaa. Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja on 4.

Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti 1 akuuttilääkäri, 1 konservatiivisten ja 1 kirurgisten erikoisaloiden lääkäri, 1 anestesioologi ja 1 psykiatri, lisäksi osa-aikaisesti päivystää 1–3 yleislääkärinä ja akuuttilääkäri. Kirurgialla ja sisätaudeilla on lisäksi ns. takapäivystystä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 66, joista ilta-aikaan 26 ja yöllä 10 (keskiarvo 11). Vuokratyövoimaa on käytetty lähinnä yleis- ja akuuttilääkäreissä. Myös hoitajia on hankittu vuokratyövoimana, n. 0,47 miljoonalla eurolla v. 2023.

Porvoon sairaalassa tehtiin vuonna 2023 779 lonkan tai polven tekonivelleikkausta ja 231 selkäkirurgista leikkausta, mutta ei muuta keskittämisesetuksen mukaista leikkaustoimintaa. Määrät ylittävät keskittämisesetuksessa edellytetyt sairaalakohdaiset leikkausmäärät. Sairaalassa on ilta-aikaan valmiudessa yksi leikkaussalitiimi, yöaikaista valmiutta ei ole. Ilta-aikaisia kirurgisia erikoisaloiden leikkauksia tehtiin vuonna 2023 yhteensä 182.

2.3.2.2 Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet

Yleistä

Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueilla sijaitsee kummassakin kaksi keskussairaالاتasoista ympärivuorokautisesti päivystävää sairaalaa. Näillä alueilla yhdistyi yhdeksi hyvinvointialueeksi kaksi aiempaa sairaanhoitopiiriä, joissa kaikissa oli oma keskussairaалansa. Voimaанpanolain nojalla ne saavat ylläpitää kahta ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystyksikköä sairaaloidensa yhteydessä, jos väestön palvelutarve sitä edellyttää ja enemmän kuin yhden yksikön ylläpito ei vaaranna laissa hyvinvointialueen toiminnalle säädettyjen edellytysten noudattamista ja velvoitteiden täyttämistä (ks. jakso 2.1.2)

Lapin keskussairaala (Rovaniemi)

Sairaalassa on kattavaa polikliinista toimintaa useilla erikoisaloilla. Sairaalassa on 62 kirurgian, 16 naistentautien, 16 lastentautien, 10 neurologian, 62 sisätautien, sekä 53 psykiatrian, nuorisopsykiatrian ja lastenpsykiatrian vuodeosastopaikkaa. Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja on 12+8. Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti 1 yleislääkäri, 1 konservatiivisten alojen ja 1 kirurgian etupäivystäjä, 2 anestesiologia, 1 naistentautien ja synnytysten erikoisalan ja 1 lastentautien erikoisalan, sekä osa-aikaisesti tai takapäivystäjinä kirurgian alan, lastentautien, sisätautien, radiologian ja psykiatrian takapäivystäjiä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 114, joista ilta-aikaan 38 (keskiarvo 37) ja yöllä 17 (keskiarvo 18).

Lapin keskussairaalassa tehtiin v. 2023 513 lonkan ja polven tekonivelleikkausta, 179 selkäkirurgista leikkausta ja 155 primaaria rintasyöpäleikkausta. Lisäksi peräsuoli- ja paksusuolisyövän leikkauksia tehtiin 16 ja 51. Primaarien rintasyöpäleikkausten sekä selkäkirurgisten leikkausten määrät ylittävät, ja lonkan tai polven tekonivelleikkaukset sekä peräsuoli- ja paksusuolisyövän leikkaukset alittavat keskittämisesetuksessa edellytetyt sairaalakohtaiset leikkausmäärät.

Länsi-Pohjan keskussairaala (Kemi)

Länsi-Pohjan keskussairaalan toiminta on ulkoistettu kokonaisulkoistuksella Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:lle. Palveluntuottaja tuottaa palvelut kiinteällä kuukausihinnalla. Sairaalassa on kattavaa polikliinista toimintaa useilla erikoisaloilla. Sairaalassa on 30 kirurgian, 12 naistentautien ja synnytysten, 8 lastentautien, 43 sisätautien/infektiosairauksien/kardiologian vuodeosastopaikkaa sekä 22 psykiatrian vuodeosastopaikkaa. Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja on 7.

Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti akuuttilääkäri, kirurgi, anestesiologi ja naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri. Yleislääkäri päivystää ympärivuorokautisesti paitsi arkisin virka-aikaan, jolloin päivystys on terveysasemilla. Useilla erikoisaloilla on lisäksi ns. takapäivystystä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 49, joista ilta-aikaan 23 ja yöllä 9.

Länsi-Pohjan sairaalassa tehtiin vuonna 2023 354 lonkan tai polven tekonivelleikkausta, 93 selkäkirurgista leikkausta, 55 primääriä rintasyöpäleikkausta ja 32 paksusuolisyövän leikkausta. Kaikki määrät alittavat keskittämisesetuksessa edellytetyt sairaalakohtaiset leikkausmäärät, mutta niiden toteuttamisesta Länsi-Pohjan sairaalassa on sovittu yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa. Sairaalassa on ilta- ja yöaikaan valmiudessa yksi leikkaussali. Ilta-

aikaisia/yöaikaisia leikkauksia tehtiin vuonna 2023 ortopedian ja traumatologian erikoisalalla yhteensä 83/15, muussa kirurgiassa 186/33 ja naistentaudeilla ja synnytysten erikoisalalla 24/15.

Savonlinnan keskussairaala (Etelä-Savon hyvinvointialue)

Sairaalassa on kattavaa polikliinista toimintaa useilla erikoisaloilla. Sairaalassa on 39 kirurgian, 32 sisätautien/kardiologian, 25 yleislääketieteen, 25 kuntoutuksen, 12 palliatiivisen hoidon sekä 18 psykiatrian vuodeosastopaikkaa. Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja on 4.

Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti 1 konservatiivisten ja 1 kirurgian etupäivystäjä sekä 1-2 yleislääkärinä klo 8-21 arkena ja 9-22 viikonloppuna. Kirurgialla, anestesiolla ja konservatiivisilla aloilla on lisäksi ns. takapäivystystä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 77, joista ilta-aikaan 26 ja yöllä 4 (keskiarvo 5). Yleislääketieteen (100%) ja etupäivystyksen (80%) lääkäryöpanos hankitaan vuokratyövoimana. Rekrytointivaikeuksia on ilmoitettu lääkäreiden osalta kaikilla erikoisaloilla.

Savonlinnan sairaalassa tehtiin vuonna 2023 479 lonkan tai polven tekonivelleikkausta, 44 primaaria rintasyövän ja 19 paksusuolisyövän leikkausta, mutta ei muuta keskittämisesetuksen mukaista leikkaustoimintaa. Kaikki määrät alittavat keskittämisesetuksessa edellytetyt sairaalakohtaiset leikkausmäärät, mutta niiden toteuttamisesta Savonlinnan sairaalassa on sovittu yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa. Sairaalassa on ilta- ja yöaikaan valmiudessa yksi leikkaussali. Ilta-aikaisia/yöaikaisia leikkauksia tehtiin vuonna 2023 yhteensä 151/3, tarkemmin erikoisaloista ei ole tietoa.

Mikkelin keskussairaala (Etelä-Savon hyvinvointialue)

Sairaalassa on kattavaa polikliinista toimintaa useilla erikoisaloilla. Sairaalassa on 24 akuuttilääketieteen, 45 kirurgian, 16 naistentautien ja synnytysten, 9 keuhkosairauksien, 15 neurologian, 24 sisätautien, 60 psykiatrian ja nuorisopsykiatrian, 38 yleislääketieteen, 12 palliatiivisen ja 22 kuntoutuksen vuodeosastopaikkaa. Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja on 18.

Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti 1-3 yleislääkärinä, 1 konservatiivisten erikoisalojen ja 1 kirurgian etupäivystäjä, 1 anestesiologi, 1 naistentautien ja synnytysten erikoisalan, 1 lastentautien ja 1 psykiatrian päivystäjä. Lisäksi osa-aikaista etupäivystystä on silmätaudeissa ja ihosairauksissa arkena virka-aikaan. Useilla erikoisaloilla on lisäksi ns. takapäivystystä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 132, joista ilta-aikaan 38 ja yöllä 14. Osto- ja vuokratyövoimaa on käytetty usealla erikoisalalla.

Mikkelissä tehtiin v. 2023 719 lonkan ja polven tekonivelleikkausta, syöpäkirurgian volyymejä Mikkelissä ei ole saatavilla. Sairaalassa on ilta- ja yöaikaan valmiudessa yksi leikkaussali. Ilta-aikaisia/yöaikaisia leikkauksia tehtiin vuonna 2023 yhteensä 450/64, tarkemmin erikoisaloista ei ole tietoa.

2.3.2.3 Arviointia

Jaksossa 2.2.5 käydään läpi niitä seikkoja, joiden takia on perusteltua vähentää niiden sairaaloiden lukumäärää, joissa ylläpidetään monierikoisalasta ympärivuorokautista päivystystä, ja keskittää raskasta kirurgiaa ja sen edellyttämiä toimintoja. Henkilöstön ja

osaajien riittävyyden näkökulmasta ympärivuorokautiseen päivystykseen ja varallaoloon tarvittavia ammattilaisrinkejä on kyettävä arvioimaan siten, että tehotonta päällekkäistä varallaoloa ei synny. Seuraavaksi käsiteltävät sairaalat ovat myös samaa työssäkäyntialuetta alueidensa yliopistollisten tai keskussairaaloiden kanssa.

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän alueiden muut yhteispäivystävät sairaalat ovat yllä kuvatun perusteella leikkaustoiminnan osalta osin keskittyneet vain tiettyntyyppiseen ortopedispainotteiseen kirurgiaan (Oulainen, Lohja, Porvoo) tai päiväkirurgistyyppiseen toimintaan (Salo, Valkeakoski). Hyvinkään sairaalan palveluvalikoima ja volyymit ovat muita kuvattuja sairaaloita suuremmat. Kaikissa näissä sairaaloissa on ylläpidetty ympärivuorokautista päivystystä myös kirurgisen toiminnan osalta, kuten sääntelyssä edellytetään. Yöaikaisia leikkauksia näissä sairaaloissa on tehty vain vähän, joten henkilöstö on ollut päivystysaikana paljon myös varallaolossa.

Valkeakosken ympärivuorokautinen päivystys on lakannut Pirkanmaan hyvinvointialueen päätöksellä 1.6.2024 lähtien. Väestölle avoin yöpäivystys on Tampereen yliopistollisen sairaalan yhteispäivystyksessä. Valkeakosken päivystys toimii nykyisin klo 8-22. Sairaalassa päivystää aukioloajan puitteissa useampi eri erikoisalan lääkäri. Ns. takapäivystys toimii yliopistosairaalassa. Tällä mallilla hoidetaan päivä- ja ilta-aikana Valkeakoskella sekä väestölle avoin päivystys että sairaalan vuodeosastojen tarvitsema lääkäripäivystys.

Oulaisten sairaalan ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpidon jatkoa sinänsä voisi puoltaa saavutettavuus (Oulun yliopistolliseen sairaalaan 101 kilometriä, matka-aika 1 tunti, 14 minuuttia) sekä se, että sairaalan päivystys palvelee Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen eteläisten osien noin 70 000 henkilön väestöpohjaa ja osaa hyvinvointialueen rannikon alueen 45 000 asukkaasta. Toisaalta käyntitietojen valossa on Oulaisten päivystyksen yöaikainen tarve ollut kuitenkin maltillinen eli noin kymmenen potilasta yössä. Jo nykyisin ohjataan alueelta vaativinta diagnostiikkaa tai monierikoisalaista kiireellistä hoidon tarpeen arviointia ja jatkohoitoa tarvitsevat potilaat Oulun yliopistolliseen sairaalaan joko suoraan ensihoitopalvelun toimesta tai yllä mainituista päivystysyksiköistä hoidon tarpeen arvion jälkeen lähetettynä. Henkilöstön saatavuus erityisesti ympärivuorokautiseen päivystystoimintaan on Oulaisissa edellyttänyt toimenpiteitä ja myös vuokratyövoimaa on jouduttu hankkimaan paljon.

Salon sairaala sijaitsee varsin hyvien liikenneyhteyksien päästä Turun yliopistollisesta sairaalasta (53 kilometriä, matka-aika 40 minuuttia). Päivystyksen käyntimäärä on yöaikaan varsin pieni eli noin kuusi uutta potilasta yössä.

Alueiden yliopistosairaalat ja HUS-yhtymän sairaalat ovat saaneet tai lähivuosina saamassa merkittävää lisäkapasiteettia uudisrakentamisen ja peruskorjauksien myötä, jolloin tilojen puolesta niiden kyky vastaanottaa aiempaa suurempi potilasmäärä lisääntyy.

Edellä todettuun viitaten katsotaan perustelluksi, ettei Oulaisissa ja Salossa ole mahdollista jatkossa järjestää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystoimintaa, ja vaativinta leikkaustoimintaa siirretään alueen yliopistolliseen sairaalaan. Pirkanmaan hyvinvointialue on tehnyt jo päätöksen siitä, että TAYS Valkeakosken ympärivuorokautinen päivystys lakkaa 1.6.2024 lähtien. Vastaavasti on perusteltua, ettei myöskään Valkeakosken monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä voida käynnistää jatkossa uudelleen. Näiden sairaaloiden olemassa olevaa leikkaustoiminnan osaamista, tiloja ja laitteita on kuitenkin mahdollista ja perusteltua jatkossa hyödyntää päiväkirurgian ja lyhytjälkihoitoisen kirurgian osalta potilasturvallisesti.

HUS-yhtymän alueella (eli Uudenmaan neljän hyvinvointialueen ja Helsingin kaupungin alueella) asuu 1,76 miljoonaa asukasta eli lähes kolmannes Suomen väestöstä. HUS-yhtymällä on toimintaa 28 eri sairaalassa pääkaupunkiseudulla sekä lisäksi yllä kuvatusti Hyvinkäällä, Lohjalla, Porvoossa ja Raaseporissa. Väestömäärän suuruuden vuoksi on perusteltua, että Uudellamaalla on useita ympärivuorokautisia päivystysyksiköitä ja sairaaloita, jotta väestö ei ruuhkaudu yhteen toimipisteeseen. Lisäksi toimintojen ja infrastruktuurin hallittu hajauttaminen on merkityksellistä myös erityistilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumiseksi.

HUS-yhtymän sairaaloita koskevat kaikki samat laissa säädetyt palveluiden toteuttamisen edellytyksiä, laatua ja potilasturvallisuutta koskevat vaatimukset samoin kuin muita sairaaloita ja toimintaa. HUS-yhtymä joutuu järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi jatkuvasti arvioimaan omaa palveluverkkoaan, eri palveluiden sijoittelua ja potilasvirtoja omien sairaaloidensa välillä toimintakäytäntöjen ja saatavissa olevan henkilöstön muuttuessa. Ottaen huomioon alueen suuri väestömäärä ja lukuisat erilliset sairaalakiinteistöt ja toimipisteet, voidaan muutoksia tarvita nopeasti. Lainsäädännössä yksittäisten sairaaloiden toiminnasta ja ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitomahdollisuudesta säättäminen voisi jäykistää päätöksentekoa ja tarkoituksenmukaista toimintaa Uudellamaalla HUS-yhtymän eri sairaaloiden välillä. Täten on perusteltua jatkossakin mahdollistaa, että HUS-yhtymä voi päätöksensä perusteella ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystysyksikköä muuallakin kuin Helsingissä tai tietyissä sairaalatoimipisteissä.

HUS-yhtymän yhtymähallitus on 6.5.2024 ja uudelleen 17.6.2024 päättänyt osana talouden sopeuttamisohjelmasta ja palveluverkkotyöstä päättämistä, että Lohjan synnytykset siirtyvät Jorvin sairaalaan ja naistenklinikalle vuonna 2026. Tuolloin valmistuu Jorvin sairaalan laajennus sekä myös Naistenklinikalle on tulossa lisätiloja. Erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen päivystys ja yöaikainen leikkaustoimintavalmius supistuvat Lohjalla (v. 2026) ja Porvoossa (v. 2027), mutta yhteispäivystys ja vuodeosastotoiminta sairaaloissa jatkuu. Jatkossa näissä sairaaloissa tehdään tiettyjä suunniteltuja leikkauksia, mutta ei raskasta kirurgiaa.

Väestöprofiilin muutos sekä henkilöstön ja osaamisen riittävyyden haasteet koskettavat myös Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueita. Kummankin hyvinvointialueen alueella väestö on merkittävästi vähentynyt ja vähenee lisää ennusteen mukaan lähivuosikymmeninä (ks. jakso 2.1.8.). Väestö alueilla ikääntyy, mikä sinällään on merkityksellistä päivystyspalveluiden kannalta, sillä ikäihmiset käyttävät paljon päivystyspalveluita (ks. jakso 2.2.8). Niiden väestöpohja ei kuitenkaan edellytä kahden monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitoa. Alueilla on paljon turismia ja kausiasujia sekä paikoin haasteelliset kulkuolosuhteet (Lapissa keliolosuhteet ja tiestön kunto sekä Etelä-Savossa runsaat vesistöt), mutta näidenkään seikkojen ei arvioida edellyttävän kahden monierikoisalaisen päivystyksen ylläpitoa. Julkisen talouden vaikea tilanne ja hyvinvointialueiden kertyvät alijäämät edellyttävät myös useita toimenpiteitä alueellisesti ja kansallisesti. Näin ollen Lapin ja Etelä-Savon sairaaloiden palveluvalikoimaa ja ympärivuorokautisen päivystystoiminnan laajuutta on arvioitava, jotta riittävä, mutta palvelurakenteen näkökulmasta tehokas toiminta on varmistettu.

Lapin hyvinvointialue on muuttanut Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n kanssa olevaa sopimustaan siten, että päivystävä lääkäriyövoima siirtyy Lapin hyvinvointialueen toiminnaksi 1.1.2025 alkaen. Lapin hyvinvointialueen aluevaltuusto on 22.4.2024 ja 10.6.2024 tekemillään päätöksillään linjannut, että synnytysten hoito siirretään Länsi-Pohjan sairaalasta Lapin keskussairaalaan vuoden 2025 alusta. Samassa yhteydessä päätettiin sairaaloiden työnjaosta ja tiettyjen erikoisalojen (gynekologia, lastentaudit, ortopedia) päivystysrinkien muutoksesta tavoitteena siirtää päivystysaikainen leikkaustoiminta Lapin keskussairaalaan ja Länsi-Pohjan sairaalassa toteutuisi päivystystä vain osaviikkoisesti. Päätöksistä on valitettu. Aluehallitus on

19.6.2024 tehnyt päätöksen palveluverkon muutoksia koskevan valmistelun käynnistämisestä uudelleen, jotta voidaan varmistua muun muassa päätöksentekoon osallistuvien esteettömyydestä. Pohjois-Suomen hallinto-oikeus on 11.7.2024 kieltänyt aluevaltuuston päätöksen täytäntöönpanon synnytysten keskittämisestä Lapin keskussairaalaan 1.1.2025, kunnes valitukset saadaan käsiteltyä.

Eduskunnan käsitellessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamista eduskunta hyväksyi lausuman (EV 111/2021 vp), jonka mukaan eduskunta edellyttää, että hallitus turvaa Kemin ja Savonlinnan sairaaloiden riittävän palvelutason ja ryhtyy tarvittaessa toimenpiteisiin sen varmistamiseksi. Tuolloinen pääministeri Marinin hallitus esitti lausuman toteuttamiseksi, että tämä mahdollisuus säädetään toistaiseksi voimassa olevaksi, kun voimaannpanolaissa alun perin säädettiin, että mahdollisuus oli voimassa vuoden 2032 loppuun. Lisäksi lausuman toteuttamiseksi säädettiin, että valtion talousarvioon puitteissa kahden yhteispäivystysyksikön ylläpidosta aiheutuvia ylimääräisiä kustannuksia voidaan korvata myöntämällä erillinen valtion korvaus (HE 319/2023 vp, HE 328/2023 vp; laki sosiaali- ja terveydenhuolto- ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaannpanosta annetun lain 59 §:n muuttamisesta 429/2023). Eduskunta ei lausumassaan kuitenkaan siis edellyttänyt, että riittävä palvelutaso turvataan näillä hyvinvointialueilla nimenomaan kahden ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön ylläpidolla.

Mainitun lakihankkeen (HE 319/2022 vp, HE 328/2022 vp) yhteydessä hallituksen esityksessä hyvinvointialueiden rahoituksesta ja erilliskorvauksesta todettiin, että hyvinvointialueiden rahoitusmalli lähtee siitä, että väestön palvelutarpeen kustannukset, mukaan lukien eritasoisten päivystyksellisten palveluiden tarve, tulevat hyvinvointialueiden kesken yhdenvertaisesti katettua rahoituslain mukaisella yleiskatteellisella rahoituksella. Hyvinvointialueet voivat itsehallintonsa ja voimassa olevan lainsäädännön puitteissa järjestää ja organisoida päivystystoimintansa päättämällä tavalla. Valtion erilliskorvausta perusteltiin ylimääräisillä kustannuksilla, joita seuraa tehottomuudesta, joka voi syntyä ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen järjestämisestä hyvinvointialueella kahdessa sairaalassa. Tehottomuuden voi hallituksen esityksen mukaan olettaa johtuvan muun muassa siitä, että tuotannolliset mittakaavan hyödyt jäävät vähäisemmiksi. Esimerkiksi käytettävien laitteiden ja erinäisen logistiikan keskimääräinen kustannus tuotettua suoritetta kohden saattaisi laskea mittakaavan kasvaessa. Varalla olevan henkilöstön, muun muassa lääkäriyöpanoksen, tarve vaihtelee asiakasvolyymien mukaan. (HE 328/2023 vp, s. 5,14) Erilliskorvauksen määrä ei lain mukaan saa kuitenkaan ylittää 20 prosenttia koko hyvinvointialueen ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen toimintakuluista, joista on vähennetty toiminnasta saadut tulot.

Taloudellisten vaikutusten suuruusluokkaan esitettiin esityksessä huomattavaa epävarmuutta, mutta vuosittaisten ylimääräisten kustannusten erilliskorvauksen ennakointiin olevan kummankin hyvinvointialueen osalta muutama miljoona euroa. Esityksen ollessa lausuntokierroksella Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet katsoivat, ettei rahoitusmalli turvaa kahden ympärivuorokautisesti päivystävän sairaalan toimintaa, vaan kahden yhteispäivystysyksikön ylläpidosta seuraa merkittäviä lisäkustannuksia. Ne katsoivat, että 20 prosentin korvauskatto jää liian matalaksi suhteessa todellisiin kustannuksiin.

Käsitellessään hallituksen esitystä eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta puolsi esitystä. Valiokunta kuitenkin mietinnössään muun muassa korosti, että kahden ympärivuorokautisen päivystyspisteen ylläpito joillain hyvinvointialueilla ei saa johtaa tilanteeseen, jossa kyseisten hyvinvointialueiden päivystystoiminnan ylläpito vaarantaa kyseisen hyvinvointialueen tai muiden yhteistoiminta-alueen hyvinvointialueiden edellytyksiä toteuttaa oman väestönsä terveydenhuoltoa parhaalla mahdollisella tavalla. Se käsitteli myös vain kahdelle alueelle myönnettävään erilliskorvaukseen liittyvää yhdenvertaisuuskysymystä. Valiokunta katsoi, että

sääntelyn toimivuutta ja oikeudenmukaisuutta tulee osana hyvinvointialueiden rahoituksen seurantaa arvioida sekä palvelujen saatavuuden, että rahoituksen kohdentumisen ja rahoitusmallin kokonaisuuden läpinäkyvyyden näkökulmasta ja tarvittaessa muuttaa sääntelyä. (StVM 53/2022 vp). Valiokunnan mietinnön perusteella eduskunta hyväksyi lausuman, jonka mukaan eduskunta edellyttää, että valtioneuvosto seuraa päivystyspalvelujen osalta perustuslain 19 §:n 3 momentin nojalla turvattujen oikeuksien toteutumista hyvinvointialueilla ja ryhtyy tarvittaessa toimenpiteisiin varmistaakseen oikeuksien toteutumisen käytännössä.

Siitä, kuinka suuri voimaanpanolain 59 §:n mukaisen erilliskorvaus olisi ollut, ei ole kokemusta, sillä lain mukaan korvausta maksetaan ensimmäisen kerran vuonna 2024 syntyneistä kustannuksista, eivätkä hyvinvointialueet täten ole toimittaneet yhtään lain mukaista hakemusta erilliskorvauksen saamiseksi. Pääministeri Orpon hallituksen ohjelman mukaan hyvinvointialueet rahoittavat sairaaloiden ja päivystysten toiminnan yleiskatteellisesta rahoituksesta ilman erilliskorvauksia. Eduskunta ei osoittanut rahoitusta erilliskorvauksen maksamiseen vuoden 2024 talousarviossa, eikä sitä ole myöskään Julkisen talouden suunnitelma vuosille 2025–2028.

Lapin ja Mikkelin keskussairaaloiden ympärivuorokautinen palveluvalikoima, vuodeosastokapasiteetti ja toimintavolyymi on suurempi kuin Länsi-Pohjan ja Savonlinnan sairaaloissa. Näin ollen Lapin keskussairaala ja Mikkelin keskussairaala ovat oman hyvinvointialueensa pääsairaalaksi katsottavia keskussairaloita. Myös seutujen väestöpohjat ja niiden ennusteet (aiemmin jaksossa 2.1.8) sekä maantieteellinen sijainti arvioitaessa saavutettavuutta koko maan tasolla (jaksoissa 2.1.2) puoltavat Rovaniemellä ja Mikkeliissä sijaitsevien keskussairaaloiden asemaa suhteessa Länsi-Pohjan ja Savonlinnan sairaaloihin.

Johtopäätöksenä on edellä tässä jaksossa ja jaksossa 2.2.5 todetusta, että on perusteltua, että jatkossa Länsi-Pohjan ja Savonlinnan sairaaloissa ei voisi ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Kemin ja Savonlinnan etäisyys muista ympärivuorokautisista päivystysyksiköistä on melko suuri, mutta ei kuitenkaan sellainen, että olisi edellytys sille, että monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitomahdollisuus olisi perusteltu yksinomaan saavutettavuuden näkökulmasta.

Länsi-Pohjan, Oulaisten, Salon, Savonlinnan ja Valkeakosken sekä HUS-yhtymän alueella Hyvinkään, Lohjan ja Porvoon sairaaloissa on olemassa olevaa toimivaa infrastruktuuria leikkaustoiminnan toteuttamiseksi, mitä tulisi hyödyntää, jotta alueiden yliopistolliset sairaalat ja keskussairaalat eivät ruuhkaudu. Näin ollen, vaikka monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys osassa näistä sairaaloita lakkaisikin, tiettyä leikkaustoimintaa olisi tarkoituksenmukaista mahdollista jakaa alueen sairaaloiden välillä hallitusti ja suunnitellen, jotta käytettävissä olevat tilat ja osaaminen tulevat hyödynnettyä.

Keskittämisasiäsetuksen 7 §:ssä säädettyä ortopedista leikkaustoimintaa tehdään tekoniivelkirurgian osalta kaikissa näissä sairaaloissa lukuun ottamatta Saloa ja Valkeakoskea. Selkäkirurgiaa on tehty Länsi-Pohjassa sekä Hyvinkäällä ja Porvoossa. Mikäli volyymit ovat alittaneet asetuksessa säädetyt sairaalakohtaiset lukumäärät, tulisi niiden toteuttamisesta kyseisessä sairaalassa sopia erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa tai yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa. Tämä on toteutunut osittain. Polven ja lonkan primaarissa tekoniivelkirurgiassa ovat Oulaskankaan, Länsi-Pohjan, Savonlinnan sekä HUS-yhtymän alueen Lohjan, Porvoon ja Hyvinkään volyymit merkittäviä. Kussakin sairaalassa tehdään satoja leikkauksia vuodessa, minkä siirtäminen yliopistollisiin sairaaloihin tai keskussairaaloihin vaatii suunnittelua ja hallittua muutosta, jotta kapasiteetti riittää.

2.3.3 Ympäri vuorokautiset perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla toimivat yksiköt

Sosiaali- ja terveysministeriö voi terveydenhuoltolain 50 §:n mukaan myöntää hyvinvointialueelle luvan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämiseen, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla. Viime vuosina on sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla toiminut ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys Ivalossa, Kuusamossa, Raahessa, Iisalmissa, Varkaudessa, Pietarsaassa, Jämsässä, Raaseporissa ja Kouvolassa.

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi päivystyksiä ja sairaaloita ylläpitäviltä hyvinvointialueilta ja HUS-yhtymältä kuvaukset eri päivystysyksiköiden toiminnasta keväällä 2024 toteutetulla kyselyllä. Yksiköiden toiminnan palveluvalikoimaa, päivystysajan resursointia ja toimintavolyymeja on kuvattu alla. Alueiden omien päätösten myötä ympärivuorokautinen päivystys on lakannut Raaseporissa 2.9.2024, ja sairaalassa toimii päivystys kello 20 asti. Pohjois-Pohjanmaan aluevaltuusto on tehnyt päätöksen, että Raahen ympärivuorokautinen päivystys lakkaa vuoden 2025 alusta ja korvautuu kello 22 saakka toimivalla vastaanotolla. Keski-Suomen hyvinvointialue on kesällä 2024 hakenut poikkeuslupaa Jämsään 31.8.2025 asti, minkä jälkeen ympärivuorokautinen päivystys siirtyy Sairaala Novaan Jyväskylään. Näistä alueellisista päätöksistä huolimatta seuraavassa esitetään myös näitä yksiköjä koskevat tiedot.

Ivalo

Ivalon päivystyksessä toimii arkena ilta-aikana, viikonloppuna ja yöllä yksi päivystävä lääkäri ja hoitaja. Vuonna 2023 oli ilmoituksen mukaan 9 036 kävijää eli laskennallisesti keskimäärin 25 käyntiä vuorokaudessa, tarkempaa tietoa käyntien vuorokausiajoista ei ole. Yksikön vuodeosastokapasiteetista ei ole tietoa. Lääkärin vuokratyövoimaa hankittiin vuonna 2023 0,27 miljoonalla eurolla. Välimatka Ivalosta Rovaniemelle on 289 km ja matka-aika 3h 25 min.

Kuusamo

Kuusamossa päivystyksessä toimii arkena ilta-aikana ja viikonloppuna 1-2 päivystävää lääkäriä samoin kuin yöaikaan. Hoitajia on ilta-aikaan 4-7 ja yöaikaan 2. Vuonna 2023 oli keskimäärin (mediaani) 85 kävijää vuorokaudessa, joista 24 illalla ja 7 yöllä (keskiarvo 9). Yksikössä on 35 yleislääketieteen vuodeosastopaikkaa ja 6 psykiatrian osastopaikkaa. Poliklinista toimintaa on useilla erikoisaloilla osa-aikaisesti. Lääkärin vuokratyövoimaa ei käytetä. Välimatka Kuusamosta Ouluun on 216 km ja matka-aika 2h 34 min.

Raahen

Raahen päivystyksessä toimii arkena ilta-aikana ja viikonloppuna 1-2 päivystävää lääkäriä ja yöllä yksi päivystävä lääkäri. Hoitajia on ilta-aikaan 4 ja yöaikaan 2. Vuonna 2023 oli keskimäärin (mediaani) 45 kävijää vuorokaudessa, joista 15 illalla ja 6 yöllä. Yksikössä on 74 yleislääketieteen vuodeosastopaikkaa. Poliklinista toimintaa on useilla erikoisaloilla osa-aikaisesti. Lääkärin vuokratyövoimaa hankittiin v. 2023 noin 1,9 miljoonalla eurolla. Välimatka Raahesta Ouluun on 76 km ja matka-aika 1h 3 min.

Iisalmi

Iisalmen päivystyksessä toimii arkena ilta-aikana, viikonloppuna ja yöllä yksi päivystävä lääkäri. Hoitajia on ilta-aikaan 4 ja yöaikaan 2. Vuonna 2023 oli keskimäärin (mediaani) 52

kävijää vuorokaudessa, joista 18 illalla (keskiarvo 19) ja 6 yöllä (keskiarvo 7). Yksikössä on 26 yleislääketieteen, 30 kirurgista, 30 sisätautien ja 18 psykiatrian vuodeosastopaikkaa. Poliklinista toimintaa on useilla erikoisaloilla. Lääkärien vuokratyövoimaa ei hankittu v. 2023. Välimatka Iisalmesta Kuopioon on 84 km ja matka-aika 1h sekä Iisalmesta Kajaaniin 90 km, matka-aika 1h 10 min.

Varkaus

Varkauden päivystyksessä toimii arkena ilta-aikana, viikonloppuna ja yöllä yksi päivystävä lääkäri. Hoitajia on ilta-aikaan 3 ja yöaikaan 2. Vuonna 2023 oli ilmoituksen mukaan 16 744 kävijää eli laskennallisesti keskimäärin 46 käyntiä vuorokaudessa, tarkempaa tietoa käyntien vuorokausiajoista ei ole. Yksikössä on 30 yleislääketieteen ja 25 sisätautien vuodeosastopaikkaa. Poliklinista toimintaa on useilla erikoisaloilla. Lääkärien vuokratyövoimaa hankittiin 10 000 eurolla v. 2023. Välimatka Varkaudesta Kuopioon on 76 km ja matka-aika 55 min sekä Varkaudesta Mikkeliin 88km ja matka-aika 1h 1 min.

Jämsä

Jämsän päivystyksessä toimii arkena ilta-aikana, viikonloppuna ja yöllä yksi päivystävä lääkäri. Hoitajia on ilta-aikaan 3 ja yöaikaan 2. Vuonna 2023 oli keskimäärin (mediaani) 35 kävijää vuorokaudessa, joista 10 illalla ja 7 yöllä. Yksikössä on 49 yleislääketieteen ja 22 kirurgista vuodeosastopaikkaa. Poliklinista toimintaa on useilla erikoisaloilla. Lääkärien vuokratyövoimaa hankittiin v. 2023 1,45 miljoonalla eurolla. Välimatka Jämsästä on Jyväskylään 57 km ja matka-aika on 45 min.

Kouvola

Kouvolan Ratamokeskuksen päivystyksessä toimii arkena ilta-aikana ja viikonloppuna 5-6 lääkäriä ja yöllä kaksi päivystävää lääkäriä. Hoitajia on ilta-aikaan 10 ja yöaikaan 5. Vuonna 2023 oli keskimäärin (mediaani) 124 kävijää vuorokaudessa, joista illalla 37 ja yöllä 13. Yksikössä on 75 yleislääketieteen ja 15 akuuttilääketieteen vuodeosastopaikkaa. Poliklinista toimintaa on useilla erikoisaloilla. Lääkärien vuokratyövoimaa hankittiin 5 miljoonalla eurolla v. 2023. Välimatka Kouvolaan Kotkaan on 57 km ja matka-aika 48 min sekä Kouvolaan Lahteen 62 km ja matka-aika 54 min. Nykyisistä poikkeusluvalla toimivista päivystyksistä vain Kouvolaan toimii päivystyksessä rinnakkainen sekä perusterveydenhuollon että akuuttilääketieteeksi tulkittu päivystys.

Raasepori

Raaseporin päivystyksessä on toiminut arkena ilta-aikana, viikonloppuna ja yöllä yksi päivystävä lääkäri. Hoitajien vuorokautisesta jakaumasta ei saatu tarkkaa tietoa. Kävijöitä oli vuonna 2023 vuorokaudessa keskimäärin (mediaani) 36, joista ilta-aikaan 9 (keskiarvo 10) ja yöllä 4. Poliklinista toimintaa on useilla erikoisaloilla. Yksikössä on 25 yleislääketieteen ja 8 psykiatrian vuodeosastopaikkaa. Raaseporin sairaalan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen lääkäripalvelut on hankittu kokonaan ostopalveluna. Välimatka Raaseporista Lohjalle on 50 km ja matka-aika 46 min. HUS-yhtymän ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen päätöksiin liittyen Raaseporin ympärivuorokautinen päivystys muuttui 2.9.2024 alkaen aukioloiltaan klo 8-20 olevaksi.

Pietarsaari

Pietarsaaren päivystyksessä toimii arkena ilta-aikana ja viikonloppuna 1-2 päivystävää lääkäriä ja yöllä yksi päivystävä lääkäri. Hoitajia on ilta-aikaan 5-6 ja yöaikaan 2. Vuonna 2023 oli keskimäärin (mediaani) 85 kävijää vuorokaudessa. Tiedossa ei ole mediaanilukua ilta- ja yökäynneistä, keskiarvo on illalla 20 illalla ja yöllä 8. Yksikössä on 41 yleislääketieteen, 11 fysiatrian ja 6 geriatrian vuodeosastopaikkaa. Poliklinista toimintaa on useilla erikoisaloilla. Lääkärien vuokratyövoimaa hankittiin v. 2023 0,93 miljoonalla eurolla. Välimatka Pietarsaaresta Vaasaan on 99 km ja matka-aika 1h 15 min sekä Pietarsaaresta Kokkolaan 36 km ja matka-aika 34 min.

Taulukko 11. Ympäri vuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen poikkeusluvalla toimivien yksiköiden toimintatietoja. Lähde: STM:n hyvinvointialueille keväällä 2024 tekemä kysely.

Taulukko Perusterveydenhuollon yksiköt

PTH-yksiköt	Päivystyskäynnit					Henkilöstö			Etäisyys
	Vuodessa	Vuorokaudessa, mediaani	Ilta-aikaan klo 16-22 (vrk), mediaani	Yöaikaan klo 22-07 (vrk), mediaani	Viikonloppuna ja pyhinä klo 7-16 (vrk), mediaani	Lääkäreitä paikalla arkisin yöaikaan klo 22-07	Hoitajia paikalla arkisin yöaikaan klo 22-07	Vuokralääkäreiden osuus 24/7 päivystyksen toteuttamiseksi, %	Etäisyys paikkakunnalta päivystävään sairaalaan
Pohjois-Suomen YTA									
Kuusamo (Pohjois-Pohjanmaa)	31 064	85	24	7	40	1	2	0 %	216 km (Oulu)
Raahe (Pohjois-Pohjanmaa)	16 443	45	15	6	22	1	2	13 %	60 km (Oulu)
Ivalo (Lappi)	9 036	Ei tietoa				1	1	Ei tietoa	289 km (Rovaniemi)
Itä-Suomen YTA									
Iisalmi (Pohjois-Savo)	18 986	52	18	6	25	1	2	0 %	88 km (Kuopio), 88 km (Kajaani)
Varkaus (Pohjois-Savo)	16 744	Ei tietoa				1	2	2 %	77 km (Kuopio), 91 km (Mikkeli)
Jämsä (Keski-Suomi)	12 764	35	10	7	18	1	2	100 %	58 km (Jyväskylä)
Etelä-Suomen YTA									
Kouvola (Kymenlaakso)	44 837	124	37	13	68	2	5	68 %	58 km (Kotka), 62 km (Lahti)
Raasepori (HUS, Länsi-Uusimaa)	13 133	36	10	4	20	1	Ei tietoa	100 %	50 km (Lohja), 84 km (Jorvi)
Länsi-Suomen YTA									
Pietarsaari (Pohjanmaa) 1)	31 040	85	20	8	40	1	2	25 %	98 km (Vaasa), 36 km (Kokkola)

1) Ilta- ja yöaikaiset sekä viikonloppu käynnit keskiarvoja

Edellä olevasta taulukosta selviää, että ehdoton enemmistö käynneistä toteutuu aikavälillä klo 07-22 myös näissä yksiköissä. Yöaikaan on näissä yksiköissä pääsääntöisesti yksi lääkäri ja lisäksi tarvittava määrä hoitajia, poikkeuksena Kouvola. Suuren osan päivystysvuoroa kyseinen henkilöstö sekä tukipalvelut ovat siis valmiudessa, vaikka potilaita ei olisi. Yksiköitä on perusteltu pitkien etäisyyksien ja saavutettavuuden, potilaiden kielellisten oikeuksien toteutumisen sekä väestön perusturvallisuuden tunteen vuoksi. Myös alueella toimivien sairaaloiden vuodeosastojen tarvitsemaa lääkäripalvelua on toteutettu päivystävien lääkäreiden toimesta. Varsin monessa yksikössä hyödynnetään vuokralääkärityövoimaa. Sosiaali- ja terveysministeriö on viime vuosina myöntänyt kaikki haetut poikkeusluvut.

Arviointia

Edellä jaksossa 2.2.5 on käsitelty sitä, että perusterveydenhuollon tasoisissa terveysongelmissa yöajan fyysistä läsnäoloa edellyttävän erillisen päivystysvalmiuden ylläpito ei tuota merkittävää terveyshyötyä suhteessa sitoutuviin resursseihin (lääkärit, hoitohenkilöstö, tukipalvelut). Tämä resurssi olisi paremmassa käytössä virka-aikaisen ja laajennettujen aukioloaikojen ilta- ja viikonloppupalvelun sekä uusien toimintamallien kuten liikkuvien, jalkautuvien ja kotiin vietävien palveluiden sekä etä- ja digipalveluiden toteuttamisessa.

Perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen voimassa olevaa sääntelyä tarkastellessa on syytä huomata, että jo voimassa oleva lainsäädäntö mahdollistaa tällaisten päivystysten ylläpidon vain erillisen poikkeuslupan turvin. Kyse on siis poikkeuslupaa myönnettäessä joka kerta tehtävästä uudesta tapauskohtaisesta arvioinnista – ei siis pysyvästä luvasta, jota automaattisesti jatkettaisiin. Kyseessä ei myöskään ole velvoite ylläpitää tällaista päivystystä, vaan siis mahdollisuus. Nykyistä valtakunnallista ympärivuorokautista päivystysverkkoa ei siis ole rakennettu siten, että nykyiset perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä ylläpitävät yksiköt ovat keskeinen osa yöaikaisen päivystystoiminnan turvaamisessa, vaan nykyisten ympärivuorokautisten yksiköiden ylläpitoon on erilaisia taustoja ja syitä. Vaikka tällaisen ympärivuorokautisten päivystysten tuottama terveyshyöty ei olisi riittävän suuri verrattuna sitoutuvaan resurssiin ja vaihtoehtoisin toimintamalleihin, voi tällaisten yksiköiden ylläpidon mahdollistamiselle olla perusteita toimintaa kokonaisuutena tarkastellen. Suomi on maantieteellisesti laaja maa, ja on arvioitava erityisesti etäisyyksien merkitystä. Lisäksi kielellisten oikeuksien toteutumisen tukeminen voi puoltaa ylläpitoa tietyillä alueilla. Lisäksi on otettava huomioon tapahtuvien muutosten hallittavuus erityisesti silloin, mikäli yksittäisen alueen terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvat muutokset olisivat laajoja.

Edellä jaksossa 2.2.5. on tuotu esiin näkemyksiä, joiden mukaan akuuttilääketieteen päivystyksen käsite ei vastaa vallitsevaa terveydenhuollon käytännön toimintaa tai muista erikoisaloista erillisenä myöskään riittävästi kuvaa yksikön palveluvalikoimaa. Täten on perusteltua, että laissa luovutaan akuuttilääketieteen päivystyksen käsitteestä ja laissa säädetään vain mahdollisuudesta ylläpitää perusterveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä. Lisäksi olisi perusteltua mahdollistaa laissa tietyissä sairaaloissa perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen kanssa vaihtoehtoisesti väestölle avoin rajattu soveltuvan erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen päivystys, jotta näiden sairaaloiden toiminta osana alueellista ratkaisua pystytään toteuttamaan tarkoituksenmukaisesti. Tätä perustellaan tarkemmin alla Länsi-Pohjan ja Savonlinnan sairaaloiden osalta. Kyseessä ei tällöin kuitenkaan ole siis monialainen ympärivuorokautinen erikoissairaanhoidon päivystys, mikä käsite varataan keskus- ja yliopistollisten sairaaloiden päivystyksille ja HUS-yhtymän tietyille sairaaloille.

Ivalon ja Kuusamon osalta perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpidon perusteena voidaan pitää erittäin pitkiä etäisyyksiä. Ivalosta on matkaa Rovaniemelle eli lähimpään ympärivuorokautiseen päivystyspisteeseen 289 km ja matka-aika autolla on 3 tuntia 25 minuuttia. Kuusamosta Ouluun eli lähimpään ympärivuorokautiseen päivystyspisteeseen on matkaa 216 km ja matka-aika autolla on 2 tuntia 34 minuuttia. Nämä alueet ovat myös maantieteellisesti laajoja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta koskevan hallituksen esityksen käsittelyssä eduskunnan hyväksymän lausuman (EV 111/2021 vp) mukaan eduskunta edellyttää, että hallitus turvaa Kemin ja Savonlinnan sairaaloiden riittävän palvelutason ja ryhtyy tarvittaessa toimenpiteisiin sen varmistamiseksi. Hallituksen esityksessä HE 319/2022 vp käytiin läpi vaihtoehtoisia tapoja toteuttaa eduskunnan lausuma Kemin ja Savonlinnan sairaaloiden riittävän palvelutason turvaamisesta. Eräänä vaihtoehtona tuotiin esiin myös mahdollisuus, että Lapissa ja Etelä-Savossa hyvinvointialueen toisessa sairaalassa ympärivuorokautinen yhteispäivystys

muutetaan perusterveyden ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautiseksi päivystykseksi. Tämä turvaisi ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpidon jatkamista, mikäli väestön palvelutarve edellyttäisi tämän tyyppisen päivystyksen ylläpitämistä, mutta ei edellyttäisi useamman kuin yhden erityisalan yhteispäivystystä.

Kemissä Länsi-Pohjan sairaalassa ja Savonlinnassa tällaisen ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai vaihtoehtoisesti rajatun erikoissairaanhoidon päivystyksen ylläpidon mahdollisuutta puoltaa pitkien etäisyyksien ja nykyisten sairaaloiden historian ja palveluiden näkökulmasta tehty kokonaisarvio. Kemistä on Rovaniemelle 118 km, matka-aika 1 tunti 29 minuuttia ja Ouluun 107 km, matka-aika 1 tunti ja 18 minuuttia sekä Savonlinnasta Mikkeliin 104 km, matka-aika 1 tunti 26 minuuttia. Länsi-Pohjan ja Savonlinnan sairaaloissa on ollut varsin monimuotoinen, keskussairaalaan vastannut palveluvalikoima ja leikkaustoiminta. Sairaaloiden roolin ja palveluvalikoiman muuttuminen edellyttää hyvinvointialueilta suunnittelua ja toimeenpanoa, jotta väestön palvelutarpeisiin pystytään hallitusti vastaamaan. Näillä alueilla on myös suuri turistien ja kausiasujien määrä. Verrattuna muihin yksiköihin, joissa jatkossa olisi perusteltua ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä. Länsi-Pohjan ja Savonlinnan sairaaloissa on laajaa erikoissairaanhoidon päiväaikaista poliklinikka- ja vuodeosastotoimintaa eri erikoisaloilla. Näissä sairaaloissa on täten perusteltua mahdollistaa rajattu ympärivuorokautinen erikoissairaanhoidon päivystys, joka tukee sairaalan ja sen erikoissairaanhoidon vuodeosastojen toimintaa ja alueen hoitoketjuja, mutta ei kuitenkaan ole monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys. Nämä seikat puoltavat näissä sairaaloissa perusterveydenhuollon vaihtoehtoisesti rajatun erikoissairaanhoidon ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitämisen mahdollistamista, vaikka muutoin eri erikoisalojen ympärivuorokautinen päivystys siirtyisi Rovaniemelle ja Mikkeliin.

Kouvolan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen ylläpidon perusteena on erityisesti kaupungin suuri väestömäärä, hieman vajaa 80 000 ihmistä. Määrä on suurempi kuin esimerkiksi pienemmissä hyvinvointialueissa. Kymenlaakson päivystystoiminta on toiminut kaksinapaisesti Kouvolan ja Kotkan, jossa on keskussairaala, välillä ja alue on kehittänyt työnjakoa yksiköiden välillä. Yölliset käyntimäärät Kouvolan päivystyksessä ovat suuremmat kuin muissa nykyisissä perusterveydenhuollon päivystyksen yksiköissä. Akuuttilääketieteen erilliseen päivystyksen käsitteeseen liittyvää kritiikkiä ja perusteluja käsitteestä luopumiseksi on avattu jaksossa 2.2.5. Kymenlaakson hyvinvointialueen tulisiikin muuttaa toimintamalliaan ja työnjakoaan Kouvolan Ratamokeskuksen ja Kotkan keskussairaalan välillä siltä osin, että yöaikainen päivystys olisi jatkossa yleislääkäritasoinen.

Pohjanmaan hyvinvointialueella Pietarsaaren ja HUS-yhtymän alueella Raaseporissa asukkaista yli puolet ovat ruotsinkielisiä. Mahdollisuus ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen ylläpitoon Pietarsaareissa ja Raaseporissa tukisi kielellisten oikeuksien toteutumista, sillä voidaan olettaa, että näillä paikkakunnilla voidaan huolehtia päivystyspalvelun saamisesta ruotsin kielellä.

Hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungilla ja HUS-yhtymällä on paljon erilaisia sairaaloita, joista tässä hallituksen esityksessä on käsitelty lähinnä sellaisia, joissa on ympärivuorokautista päivystystä. Lisäksi on useita muita esimerkiksi yleislääketieteen, kuntoutuksen, geriatrian ja psykiatrian sairaaloita, joita ei ole tarkemmin kuvattu eikä niistä ole erillisenä myöskään aiemmin säädetty. Tällaisten sairaaloiden ympärivuorokautisesti tarvitsema lääkäripäivystys riippuu hoidettavista potilaista ja heidän potilasturvallisen hoitonsa edellyttävistä palveluista ja tukipalveluista. Lääkäripäivystys sairaalassa oleville potilaille on toteutettu läsnäolopäivystyksenä, varallaolopäivystyksenä tai etäkonsultaatioilla. Sairaaloiden vuodeosastoilla olevien potilaiden tarvitsemaa lääkäripäivystyksestä tai sen muodoista ei

kannata säätää liian rajaavasti tai yksityiskohtaisesti, jotta hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä voivat päättää tarkoituksenmukaisimmasta toimintamallista kunkin sairaalan osalta ja hyödyntää koko alueellaan olevan kapasiteetin.

3 Tavoitteet

Esityksen tavoitteena on vahvistaa Suomen kansallista erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja ympärivuorokautisten päivystysten palveluverkkoa siten, että se pystyy laadukkaasti, potilasturvallisesti ja kestävästi vastaamaan väestön palvelutarpeisiin nyt ja tulevaisuudessa sekä normaaliolojen lisäksi myös erityistilanteissa ja poikkeusoloissa. Esityksellä pyritään erityisesti turvaamaan henkilöstön ja erityisosaamisen riittävyyttä eri sairaaloihin ja muihin palveluihin keskittämällä vaativinta, henkilöresurssiin riippuvasta ja varallaoloa edellyttävää toimintaa yliopistollisiin sairaaloihin ja keskussairaaloihin. Tavoitteena on näin lisätä hoidon yhdenvertaisuutta, laatua ja vaikuttavuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta, kun henkilökunnan osaaminen on varmistettu ja toiminta on tasalaatuista.

Esityksen tavoitteena on myös siirtää yöaikaista perusterveydenhuollon päivystystä erillisistä yksiköistä sairaaloiden monierikoisalaisten ympärivuorokautisten päivystysten yhteyteen, jotta päällekkäiseen varallaoloon käytettyä resurssia voidaan uudelleen kohdentaa peruspalveluihin ja kevyempiin palveluihin, uusiin toimintamalleihin sekä iltai- aikalaiseen ja viikonlopun kiirevastaanottoon.

Keskittämällä raskasta, ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta edeltävää kirurgiaa yliopistollisiin sairaaloihin ja keskussairaaloihin tavoitellaan osaajien riittävyyden varmistamista ympärivuorokautisen valmiuden ylläpitoon näissä sairaaloissa. Eräitä päiväkirurgisia ja lyhytjälkihoitoisia leikkauksia saisi jatkossa toteuttaa nimetyissä sairaaloissa sekä eräitä toimenpiteitä muissakin terveydenhuollon yksiköissä. Tällä tavoitellaan sitä, että näin vapautuvaa kapasiteettia yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaloissa voidaan kohdentaa raskaampiin toimenpiteisiin ja leikkauksiin.

Tavoitteena leikkaustoimintaa ja niiden hankintaa koskevilla säännösmuutoksilla on myös parantaa potilaiden palveluiden saatavuutta ja lyhentää hoitojonoja. Samalla tavoitteena on varmistaa, että julkinen ja yksityinen terveydenhuollon kapasiteetti hyödynnetään alueilla tarkoituksenmukaisella tavalla.

Esityksellä tavoitellaan myös kansallisen sairaala- ja palveluverkoston ylläpidon taloudellista kestävyyttä.

Esityksellä toteutetaan pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelmaa, jonka mukaan uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelulainsäädäntöä ja ohjataan alueita uudistamaan palvelujaan perustuen palvelujen tarkoituksenmukaiseen porrastukseen. Hallitusohjelman mukaan säädetään kansallisesta sairaaloiden ja päivystysten kokonaisuudesta ottaen huomioon pitkät etäisyydet ja kielelliset oikeudet. Lisäksi uudistetaan erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat säädökset.

Tämä esitys on osa hallitusohjelmaan perustuvaa kansallista palvelureformia (ks. jakso 1.2). Palvelureformin asiakokonaisuuksista voidaan edistää erityisesti kustannusvaikuttavuuden, palvelujärjestelmän selkeyttämisen ja valmiuden ja varautumisen ylläpidon tavoitteita.

4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset

4.1 Keskeiset ehdotukset

Hallituksen esityksessä ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuollon päivystystä ja leikkaustoimintaa koskevaa lainsäädäntöä. Esityksen mukaan jatkossa kullakin hyvinvointialueella voisi olla yksi nimetyllä paikkakunnalla sijaitseva yliopistollinen sairaala tai keskussairaala, jossa saa ja on velvoite ylläpitää väestölle avointa ja sairaalan toiminnan varmistavaa monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Uudellamaalla HUS-yhtymä voisi kuitenkin päätöksensä perusteella ylläpitää tällaisia sairaaloita muillakin paikkakunnilla kuin vain Helsingissä. Käytännön vaikutuksena ehdotuksesta olisi, että monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä ja siten ympärivuorokautista päivystystä edellyttävää leikkaustoimintaa, eikä siis myöskään ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta, ei voisi jatkossa järjestää Kemissä, Savonlinnassa, Oulaisissa ja Salossa sijaitsevista sairaaloista, eli muutos koskisi siten Lapin, Etelä-Savon, Pohjois-Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueita. Myöskään Pirkanmaan hyvinvointialue ei voisi käynnistää uudelleen Valkeakosken sairaalan ympärivuorokautista päivystystä.

Esityksessä ehdotetaan luovuttavan sääntelystä, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää poikkeuslupan perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitoon. Sen sijaan laissa säädettäisiin, millä paikkakunnilla on mahdollista ylläpitää väestölle avointa ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä, jos asiasta sovitaan yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa ja muut laissa säädetyt, muun muassa henkilöstön riittävyyteen ja taloudelliseen kantokykyyn liittyvät edellytykset täyttyvät. Sääntelyssä ei jatkossa säädettäisi akuuttilääketieteen päivystyksestä. Ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä saisi jatkossa ylläpitää Ivalossa, Kouvolassa, Kuusamossa, Pietarsaareissa ja Raaseporissa. Kouvolaan päivystys on ainoa näistä päivystyksistä, jossa on tällä hetkellä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen lisäksi ympärivuorokautinen akuuttilääketieteen päivystykseksi luonnehdittu päivystys. Kemissä ja Savonlinnassa saisi ylläpitää väestölle avointa ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä tai vaihtoehtoisesti sellaista rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä, joka tukee sairaalan ja sen erikoissairaanhoidon vuodeosastojen toimintaa ja alueen hoitoketjuja, mutta ei kuitenkaan ole monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys. Paikkakuntia, joissa on tällä hetkellä voimassa ministeriön myöntämä poikkeuslupa ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen ylläpitoon mutta joissa ei jatkossa voisi ylläpitää tällaista päivystystä ovat Iisalmi, Jämsä, Raasepori ja Varkaus, eli tämä muutos koskisi Pohjois-Savon, Keski-Suomen ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueita.

Kaikissa sairaaloissa ja muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä saisi kuitenkin edelleen ylläpitää kyseisen sairaalan tai terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastoilla jo olevien potilaiden potilasturvallisen hoidon kannalta tarpeellista, niin sanottua sairaalan sisäistä, ympärivuorokautista lääkäripäivystystä.

Kaikilla hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla olisi edelleen velvoite tietyin edellytyksin järjestää perusterveydenhuollon kiirevastaanottoa iltaisin ja viikonloppuisin päivääikaan. Säännöstä täsmennettäisiin siten, että korostettaisiin väestön palvelutarpeen merkitystä arvioidessa tällaisen kiirevastaanottotoiminnan ylläpidon tarvetta. Kiireellisen vastaanottotoiminnan tulisi muodostaa muiden palveluiden kanssa toiminnallinen kokonaisuus. Myös kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin sääntelyä selkeytettäisiin.

Synnytyksiä koskevaa sääntelyä ei muutettaisi. Käytännön seurauksena päivystystä koskevan sääntelyn muutosehdotuksista olisi kuitenkin, että Länsi-Pohjan sairaalassa Kemissä ei enää

jatkossa voisi hoitaa synnytyksiä, koska siellä ei olisi synnytysten hoidon edellyttämää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä.

Esityksessä ehdotetaan lievennettäväksi edellytystä, jonka mukaan leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys (ympärivuorokautinen yhteispäivystys). Osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voisi suorittaa myös nimetyissä sairaaloissa, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Näitä olisivat hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevat sairaalat ja HUS-yhtymän sairaalat. Näissä sairaaloissa voisi 30.6.2028 jatkuvan siirtymäkauden ajan myös suorittaa väliaikaisesti päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia, jos hoitotakuu on vaarassa jäädä toteutumatta eikä hyvinvointialue tai HUS-yhtymä pysty hankkimaan riittävästi näitä leikkauksia muilta hyvinvointialueilta. Leikkaustoiminnan suorittamisen edellytyksenä näissä sairaaloissa olisi, että toiminnan laatua ja resursseja koskevat edellytykset täyttyvät. Lisäksi laissa säädettyjen edellytysten täytyessä muussakin terveydenhuollon toimintayksikössä voisi suorittaa sellaisia anestesilogista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativia kevyitä toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa muussakin toimitilassa kuin leikkaussalissa ja jotka edellyttävät vain lyhytaikaista potilaan jälkiseurantaa. Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin tarkemmin tällaisista päiväkirurgisista ja lyhytjälkihoitoisista leikkauksista ja nukutusta tai puudutusta vaativista kevyistä toimenpiteistä.

Laissa selkeytettäisiin sääntelyä siitä, millä edellytyksin leikkauksia ja muita edellä tarkoitettuja toimenpiteitä voisi hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta. Leikkaustoimintaa, joka edellyttää sairaalassa ylläpidettävän ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta tai asetuksella keskitettyä kirurgiaa saisi hankkia vain sellaiselta palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys. Osaa päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta sekä anestesiaa edellyttäviä kevyitä toimenpiteitä voisi hankkia muiltakin yksityisiltä palveluntuottajilta. Päiväkirurgiana toteutettavia lonkan ja polven primaareja tekonivelleikkauksia saisi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta, jos hoitoon pääsyn enimmäisaika (hoitotakuu) on vaarassa jäädä toteutumatta. Yksityiseltä tehtävien hankintojen edellytyksenä olisi potilasturvallisuutta ja laatua koskevien edellytysten täyttyminen.

Yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa tulisi sopia leikkaustoiminnan hankintaan liittyvistä periaatteista. Laissa myös täsmennettäisiin asioita, joita yhteistyösopimuksessa on leikkauksista ja päivystyksestä sovittaessa otettava huomioon. Lisäksi säädettäisiin, että päivystyksestä sovittaessa on otettava huomioon hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän mahdollisuus tehdä yhteistyötä muidenkin kuin samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän kanssa.

Sääntelyssä täsmennettäisiin lisäksi sitä, miten Uudellamaalla sääntely koskee Uudenmaan hyvinvointialueita, Helsingin kaupunkia ja HUS-yhtymää. Erikoissairaanhoidon työnjakoa ja keskittämistä sekä päivystystä koskevia asetuksenantovaltuutuksia täsmennettäisiin ja päivystystä koskevaa käsitteistöä muutettaisiin osin.

4.2 Pääasialliset vaikutukset

4.2.1 Taloudelliset vaikutukset

Esityksen vaikutusten arviointi on osoittautunut varsin haasteelliseksi. Monimuuttujaisessa tilanteessa yksittäiset syy-seuraussuhteet tai toimenpide-vaikutussuhteet ovat erittäin hankalia arvioida. Toimintaympäristössä on paljon eri tekijöitä, jotka vaikuttavat merkittävästi kokonaisuuteen ja jotka muuttuvat sekä alueellisesti että ajallisesti koko ajan. Näitä ovat muun muassa hoitovelka sekä palveluiden ja henkilöstön saatavuus ja toisaalta myös esimerkiksi vaikeasti ennustettavat väestön käyttäytymisen muutokset. Julkisen talouden vaikea tilanne ja hyvinvointialueiden uhkaavat alijäämät ovat pakottaneet alueet tekemään jatkuvaa toiminnan ja talouden sekä palvelurakenteen ja -verkon kehittämistä sekä toimeenpanemaan muutosohjelmiaan. Alueilla onkin tehty viime kuukausina merkittäviä päätöksiä, jotka ovat suuresti vaikuttaneet myös tämän hallituksen esityksen valmisteluun ja esimerkiksi laskelmien päivittämiseen. Vaikutusten arvioinnissa on pyritty tukeutumaan saatavilla olevaan ja mahdollisimman ajantasaiseen tietopohjaan kuitenkin siten, että eri alueiden tiedot ja tehdyt analyysit olisivat keskenään vertailukelpoisia. Kansallisista toiminnan ja talouden rekistereistä on ollut saatavissa kohtalaisesti vertailuun soveltuvaa tietopohjaa koko Suomesta. Vaikkakin yksittäisellä alueella voi olla omassa tietopohjassaan tarkempiakin tietoja, ei niitä kaikin osin ole perusteltua tai mahdollista hyödyntää hallituksen esityksen valmistelussa juuri vertailtavuuden puutteen vuoksi.

Ehdotettavissa muutoksissa on kyseessä kaikkien sairaaloiden ja päivystysten osalta sosiaali- ja terveysministeriössä tehty yksikkökohtainen kokonaisarvio, jossa on otettu huomioon muun muassa etäisyydet, toimintavolyymit ja käyntimäärät, sairaalan ja toimintayksiköiden toimintaprofiili, lähialueen muiden sairaaloiden palveluvalikoima, henkilöstön ja erityisosaamisen saatavuus ja riittävyys, käytetyn vuokratyövoiman määrä, potilasturvallisuus sekä kielellisten oikeuksien toteutuminen. Tavoitteena on ollut luoda ja turvata kansallinen kokonaisuus, jossa vaativimmat ja eniten taloudellisia ja henkilöstöresursseja edellyttävät toiminnot on keskitetty keskus- ja yliopistosairaaloihin.

Esityksessä ehdotettavien lainmuutosten vaikutukset koskevat ensisijaisesti hyvinvointialuetaloutta, ja siten välittömät vaikutukset kohdistuvat julkiseen talouteen ja valtion hyvinvointialueille osoittamaan rahoitukseen. Esityksellä on taloudellisia vaikutuksia myös sairausvakuutusjärjestelmän korvausmenoihin ja kotitalouksille. Taloudellisia vaikutuksia on arvioitu erikseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon säästöpotentiaalien osalta. Lisäksi on arvioitu ensihoitoa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevia kustannusvaikutuksia ja vaikutuksia valtion rahoitukseen hyvinvointialuekohtaisesti.

Taloudellisten vaikutusten arvioinnissa tunnistettiin syksyllä 2023 aiheesta valmistelutyötä tehneen sairaalaselvitystyöryhmän arviot, joiden mukaan sairaala- ja päivystysverkostoa muuttamalla voidaan saavuttaa kustannusten kasvun hillintää. Asiantuntijaryhmä arvioi syiksi muun muassa seuraavia seikkoja: (i) Muuttamalla lääketieteen erikoisalakohtaisten niin kutsuttujen päivystysrinkien määrää voidaan koko maan tasolla tarkasteltuna sekä vähentää päällekkäistä toimintaa että parantaa tehokkuutta. (ii) Vuokratyövoiman käyttötarve vähenee. (iii) Sairaala- ja päivystysverkon edellyttämä kokonaishenkilöstömäärä vähenee ja henkilöstön päiväaikaisen työn optimointi paranee. (iv) Päivystystoiminnan edellyttämien tukipalveluiden, kuten kuvantaminen ja laboratorio, henkilöstöresursseja säästyy. (v) Tilojen ja laitteiden käyttöaste nousee ja tarvittavien laitteiden määrä vähenee. (vi) Hoidon indikaatiot yhtenäistyvät ja parhaat käytännöt saadaan nopeammin käyttöön, sillä nykyisin valtakunnallisesti tarkasteltuna hoidon aiheissa ja määriissä on suuria aluekohtaisia eroja, jotka eivät ole selitettävissä väestörakenteella tai tarveperusteella. (vii) Edellä kuvattu huomioiden

tunnistettiin, että potilaita luovuttavan ja vastaanottavan toimintayksikön olisi jossain määrin sopeutettava ja uudelleen profiloitava omaa toimintaansa, jotta päällekkäisiä uusia toimintakustannuksia ei syntyisi. Säästöpotentiaaliin vaikuttaa lisäksi se, mikä on vastaanottavan sairaalan kapasiteetin tilanne ja kapasiteetin kasvattamisen kustannukset sekä toisaalta, miten paljon palvelujen saatavuus on lisännyt palvelujen käyttöä.

Taloudellisten vaikutusarvioiden jatkovalmistelussa 2024 tunnistettiin erityisesti päivystyspalveluissa säästöpotentiaalien realisoitumisen taustatekijöiksi kustannuksiin merkittävästi vaikuttavia seikkoja, kuten henkilöstön varallaolo ja vuokratyövoiman käyttö, toimintayksiköiden toiminnan tehostuminen, työvoiman (uudelleen) kohdentamisen mahdollisuudet ja resurssien kohdentaminen päivä- ja ilta-aikaiseen toimintaan. Lisäksi tunnistettiin, että säädösehdoista johtuvina välillisinä vaikutuksina säästöpotentiaaleja voi syntyä myös teknologisten mahdollisuuksien (kuten etäyhteyksin tuotettavasta toiminnasta) nykyistä laajemmasta käytöstä, hankintojen keskittämisestä sekä potilasohjauksen parantamisesta siten, että kuntien asukkaiden hoidontarpeet tulisivat ensisijaisesti tyydytetyiksi muutoin kuin päivystyspalveluissa yöaikaan.

Tietoaaineistona taloudellisten vaikutusarvioiden laskelmissa on käytetty erityisesti Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tuottamia (i) Hilmo = Hoitoilmoitusjärjestelmän (Terveyshilmo/erikoissairaanhoidon ja Avohilmo/perusterveydenhuolto) ja (ii) niin kutsutun sairaaloiden tuottavuusraportin tietoja sekä (iii) hyvinvointialueiden ja hyvinvointiyhtymien talousraportoinnin AURA-tietoja. Lisäksi laskelmissa on hyödynnetty Kansaneläkelaitoksen tilastoja korvautuista ambulanssikuljetuksista. Laskelmissa on hyödynnetty myös hyvinvointialueiden raportoimia tilastoja terveydenhuollon asiakkaiden käyntimääristä ja käyntien jakautumisesta eri vuorokauden ajoille sekä alueiden suunnattujen kyselyiden vastauksia potilasmääristä. Laskelmissa on käytetty uusimpia vahvistettuja julkisen terveydenhuollon aluekohtaisia kustannustietoja, jotka ovat vuodelta 2022. Mistään tietoaaineistosta ei kuitenkaan ole pystytty suoraan poimimaan tämän lainmuutoksen laskelmien tietoja sellaisenaan, vaan kaikkien tietojen osalta on tehty tarkentavia määrittelyjä ja tietojen yhdistämistä sekä valikointia käytettävistä tiedoista.

4.2.1.1 Vaikutukset valtion talouteen

Yleisiä lähtökohtia

Rahoituslain 9 §:ssä säädetään, että valtion rahoituksen tasoa on muutettava täysimääräisesti hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien laajuuden tai laadun muutoksen perusteella, jos se aiheutuu asianomaista tehtävää koskevasta laista tai asetuksesta. Hyvinvointialueiden lakisääteisen tehtävän laajuuden muutosta on arvioitu siltä osin, että kullakin hyvinvointialueella olisi jatkossa vain yksi keskussairaala tai yliopistollinen sairaala, joissa on mahdollista ylläpitää väestölle avointa ja sairaalan toiminnan varmistavaa monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä sekä siltä osin, että jatkossa laissa erikseen säädettäisiin niistä paikkakunnista, joilla on mahdollista ylläpitää perusterveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä tai vaihtoehtoisesti rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä.

Lakisääteisten tehtävien laajuuden muutosten arvioinnissa on huomioitu ehdotetuista säännöksistä aiheutuvia siirtyviä kustannuksia ja niihin liittyviä säästöpotentiaaleja sekä ensihoidon palveluihin heijastuvia vaikutuksia. Vaikutusarviointien valmistelussa on tunnistettu myös sellaiset terveydenhuollon palveluverkkoa ja -toimintaa koskevat hyvinvointialueiden omat päätökset, jotka olisivat vaikutuksiltaan samoja tai vastaavia kuin tässä hallituksen esitysluonnoksessa ehdotetut. Siltä osin kuin hyvinvointialueet ovat tehneet

päätökset siten, että ne ovat tulleet tai tulisivat voimaan ennen kyseessä olevien lainmuutosten voimaantuloa, ei näistä hyvinvointialueiden omasta päätöksenteosta johtuvia säästöpotentiaaleja tai arvioituja kustannussäästöjä ole huomioitu tämän esitysluonnoksen vaikutuksina. Siten muutoksia, jotka perustuvat alueiden omiin edellä kuvattuihin päätöksiin, ei ole otettu huomioon valtion hyvinvointialueille osoittaman rahoituksen määrään vaikuttavina tehtävämuutoksina.

Voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti valtaosa ensihoidon palveluiden kasvun vaikutuksista näkyy valtion talouden kannalta pääosin sairausvakuutusrahaston menoissa ja vain vähäiseltä osin hyvinvointialueiden huomioitavissa kustannuksissa ja rahoituksessa. Koska nykyjärjestelmään nähden arvioituna hyvinvointialueiden saamat sairausvakuutuskorvaukset kasvavat uudistuksen seurauksena likimain saman verran kuin ensihoidon kustannukset, ensihoidon kustannusten kasvun vaikutus rahoituslain mukaiseen rahoitukseen on vähäinen.

Perusterveydenhuollon ympärivuorokautiset päivystykset

Ehdotetut lainmuutokset koskisivat perusterveydenhuollon yöpäivystystä, joka koskisi yhdeksää tuntia vuorokaudessa aikavälillä klo 22–07. Lainmuutoksen kohteina olisivat neljä perusterveydenhuollon toimintayksikköä Iisalmissa, Jämsässä, Raahessa ja Varkaudessa sekä toiminnan osittaisen muuttumisen osalta Kouvolan yksikkö. Alueilla tehtyjen omien päätösten takia hallituksen esityksessä ei lasketa Jämsän ja Raahen muutoksille taloudellisia vaikutuksia.

Arvioita perusterveydenhuollon päivystysten kustannuksista ja käyttäjämääristä on koottu alla olevaan taulukkoon 12. Kustannukset perustuvat kuntien ja kuntayhtymien raportoiimiin vuoden 2022 tietoihin AURA-palveluluokituksen Ympärivuorokautiset päivystyspalvelut - palveluluokalle. Muilta osin tiedot ovat suoraan kyseessä olevan kunnan raportoimia tietoja, mutta Kouvolan osalta kustannuksia on jouduttu laskennallisesti jakamaan Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän kustannuksista. Yöaikaisen toiminnan kustannuksia ei raportoida erikseen, joten valmistelussa on jouduttu arvioimaan tätä erikseen. Arviointi on tehty olettamalla, että yöaikaisen toiminnan kustannus on kaksinkertainen tuntia kohden. Tähän arvioon sisältyy huomattavaa epävarmuutta, mutta on oletettavaa, että esimerkiksi vuokralääkäriyövoimalla toteutetussa yöaikaisessa päivystyksessä kustannukset ovat suhteellisesti vielä tätäkin suurempia. Taulukoidut käynnit ovat kyseessä olevien palveluntuottajien hoitoilmoitusjärjestelmässä (Hilmo) ilmoittamia vuoden 2023 fyysisiä käyntejä, joiden raportoidun kiireellisyysluokkatiedon mukaan kyseessä on ollut käynti päivystysyksikössä. Yöaikaisten käyntien määrä päivystysyksiköissä on ollut noin 10 prosentin luokkaa kaikista päivystysyksiköiden käynneistä.

Taulukko 12. Arvioita Iisalmen, Varkauden ja Kouvolan perusterveydenhuollon päivystyksen kustannuksista ja käynneistä.

S ij a i n ti	Nykykustannus ympärivuorokautisessa päivystyksessä, miljoonaa euroa	Yöaikaisen toiminnan laskennallinen kustannus ymp.vuor.päiv..., miljoonaa euroa	Avosairaanhoidon kiireelliset käynnit 22-07 vuonna 2023	Yöaikaisten kiireellisten käyntien osuus kiireellisistä käynneistä
I i s	3,8	2,1	2 397	12,1 %

a l m i				
V a r k a u s	3,9	2,2	2 722	10,8 %
K o u v o l a	19,5	10,7	5 640	11,9 %

Yöaikaisen toiminnan lakkauttamisen vaikutuksista on Iisalmen ja Varkauden osalta oletettu, että 50 prosenttia yöaikaisista käynneistä korvautuisi käynneillä, jotka tapahtuisivat välittömästi saman yön aikana lähimmässä muussa ympärivuorokautisesti päivystävässä yhteispäivystyksessä. Vastaava vaikutus on arvioitu myös ensihoidon kuljetusmatkojen ja kuljetusaikojen pidentymisenä. Edelleen on oletettu, että 40 prosenttia nykyisin yöaikaan tapahtuvista päivystyskäynneistä tapahtuisi seuraavana päivänä päiväajan päivystyskäyntinä. Joka kymmenennen käynnin oletettiin jäävän toteutumatta, kun toimintayksiköt eivät olisi auki yöaikaan⁶². Nämä jäljempänä mainitut käynnit muodostaisivat laskennallisen säästöpotentiaalin. Kun yöaikaan toteutettuja käyntejä suhteutetaan aukioloaikaan yöllä, voidaan arvioida kapasiteetin käyttöasteen olleen noin 20 - 23 prosenttia suhteessa päiväaikaan. Kapasiteetin käyttöaste ja oletettu kaksinkertaisen tuntikustannuksen perusteella yöaikaisen päivystyskäynnin voidaan katsoa olevan kustannukseltaan jopa noin kymmenkertainen suhteessa päiväaikaan käyntiin. Taulukkoon 13 alla on kuvattu tunnuslukuja, joiden perusteella siirtyvästä kustannuksesta on arvioitu muodostuvan Iisalmen ja Varkauden osalta noin 45 - 46 prosentin säästöpotentiaali, kun ensihoidon kustannuksia, joita on arvioitu alempana, ei huomioida.

Kouvolan toiminnasta loppuisi esityksen johdosta ainoastaan akuuttilääketieteen päivystyksenä toiminut yöaikainen päivystystoiminta, mutta perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys voisi jatkua. Kouvolan akuuttilääketieteen päivystyksen toimintaa ei ole ollut kansallisesti saatavilla olevista tietolähteistä mahdollista erottaa Kouvolan päivystyksen kokonaisuudesta. Kymenlaakson hyvinvointialueen toimittamien tietojen mukaan

⁶² Terveysthuollossa tunnettua ”tarjonta luo kysyntää” –ilmiötä on käsitelty muun muassa julkaisussa: Pekurinen, M & Puska, P (2007) Terveysthuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, s. 27.
<https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/622950/J0407_Terveysthuollon_menojen_hillint%C3%A4.pdf>

akuuttilääketieteen päivystyksen käynnit ovat olleet noin kolmasosa Kouvolan päivystyksen käynneistä. Tästä huolimatta Kouvolan päivystyksen käynnin yksikkökustannus on kokonaisuudessaan ollut arviolta 130-180 prosenttia korkeampi kuin Iisalmen ja Varkauden päivystystoiminnan käynnin yksikkökustannus, joissa ei ole ollut akuuttilääketieteen päivystystä. Jos oletetaan, että esityksen myötä Kouvolan päivystyksen kokonaisuuden osalta yksikkökustannus pienenesi 15 prosenttia, toiminnassa saavutettaisiin noin 2,9 miljoonan euron säästö vuoden 2022 tasossa.

Taulukko 13. Arvioita Iisalmen, Varkauden ja Kouvolan perusterveydenhuollon päivystyksen säästöpotentiaalista.

Sijainti	Kapasiteetin käyttöaste suhteessa päiväaikaan	Yöaikaisen suorituksen kustannus suhteessa päiväaikaan	Säästöpotentiaali yöaikaisen toiminnan loppumisesta tai muuttumisesta	Säästyvä kustannus vuoden 2022 tasossa, milj. euroa
Iisalmi	23,0 %	871 %	45,41 %	0,9
Varkaus	20,2 %	992 %	45,97 %	1,0
Kouvola (toiminnan muutokset)			15 %	2,9
Yhteensä				4,8

Yllä oleva perusterveydenhuollon ympärivuorokautisten päivystysten säästöpotentiaali korotettuna vuoden 2025 tasoon on noin 5,1 miljoonaa euroa.

Monierikoisalaiset ympärivuorokautiset erikoissairaanhoidon päivystykset

Esityksen johdosta monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä ja siten ympärivuorokautista päivystystä edellyttävää leikkaustoimintaa ei voisi jatkossa järjestää Kemissä, Savonlinnassa, Oulaisissa, Salossa ja Valkeakoskella sijaitsevista sairaaloista. Pirkanmaan hyvinvointialue Valkeakosken sairaalan osalta on kuitenkin tehnyt päätöksen kyseisten erikoissairaanhoidon toimintojen samansuuntaisista muutoksista jo ennen tämän hallituksen esityksen antamista. Pirkanmaan hyvinvointialue teki kyseessä olevat päätökset palveluverkosta syksyllä 2023. Lisäksi Lapin hyvinvointialue teki keväällä 2024 päätöksiä samansuuntaisista muutoksista Länsi-Pohjan sairaalan osalta liittyen lastentautien, gynekologian ja ortopedian erikoisaloihin. Näissä sairaaloissa nyt esitettyjen lainmuutoksen vaikutus ei olisi vastaava kuin vaikutukset Savonlinnan, Oulaisten ja Salon sairaaloihin, joihin liittyen hyvinvointialue ei ole tehnyt omia päätöksiään.

Erikoissairaanhoidon päivystykseen ja leikkaustoimintaan säädetyistä muutoksista aiheutuvia kustannuksia ja niihin liittyviä säästöpotentiaaleja on arvioitu käyttämällä kuntien ja kuntayhtymien Sairaaloiden tuottavuus -tilastoon ilmoittamien kustannustietojen ja hoitoilmoitusjärjestelmään (Hilmo) ilmoitettujen toimintatietojen avulla. Aineistojen pohjalta

suoritteiden kustannuksia tarkasteltiin DRG-ryhmittelyn (*diagnosis related groups*) avulla eri palvelumuotojen eli avo- ja vuodeosastotoiminnan, potilaan hoidon kiireellisyyden ja kiireettömyyden, tehtyjen toimenpiteiden sekä potilaan hoitoontuloajan perusteella. Aineisto ei sisällä tietoa tuotannontekijöistä tai niiden kustannuksista, joten esimerkiksi potilaan sairaalaan tuloaika ei vaikuta suoritteiden laskennallisiin kustannuksiin. Yöaikaisesti alkaneille hoitojaksoille annettiin suoritteiden suhteellista kalleutta kuvaavaksi kustannuspainoksi 2,5 eli yöaikaiset suoritteiden arvioitiin olevan noin 150 prosenttia päiväaikaista kalliimpia. Tähän oletukseen sisältyy huomattavaa epävarmuutta, mutta yöaikaisten suoritteiden vähäinen lukumäärä huomioiden arviota voi pitää perustellusti varovaisena.

Säätelyn kohteena olevien sairaaloiden suoritteista tarkasteltiin yöaikaisen erikoissairaanhoidon päivystyksen sekä päiväaikaisten vuodeosastojaksoon johtaneen leikkaustoiminnan, päiväaikaisten avohoitopotilaiden elektiivistä hoitoa sekä päiväaikaista kiiretoimintaa. Koko yöaikaisen erikoissairaanhoidon päivystyksen sekä päiväaikaisten vuodeosastojaksoon johtaneen leikkaustoiminnan arvioitiin siirtyvän keskussairaaloihin tai yliopistollisiin sairaaloihin. Ympäri vuorokautisen valmiuden vähentymisen takia 10 prosenttia päiväaikaisten avohoitopotilaiden elektiivisen hoidon kustannuksista ja 20 prosenttia päiväaikaisten kiirehoidon kustannuksista arvioitiin siirtyvän keskussairaaloihin tai yliopistollisiin sairaaloihin. Näihin kustannuksiin liittyvät potilasvirrat on huomioitu myös arvioissa ensihoidon kuljetusaikojen pidentymisestä.

Siirtyviin kustannuksiin on arvioitu muodostuvan 30 prosentin säästöpotentiaali. Säästöpotentiaalin arviointi on sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntija-arvio. Arvion tueksi ei ole tunnistettu empiiristä tutkimusta, jota voitaisiin riittävän hyvin yleistää esitettyihin muutoksiin. Arvioon liittyy huomattavaa epävarmuutta. Säästöpotentiaalin saavuttaminen edellyttää hyvinvointialueilta tehokasta lain tavoitteiden mukaista toimeenpanoa. Alla olevaan taulukkoon 14 on koottu säätelyn kohteena olevien sairaaloiden erikoissairaanhoidon kustannukset, säätelyn johdosta arvioitu siirtyvä kustannus ja niistä muodostuva säästöpotentiaali. Salon ja Länsi-Pohjan sairaalan osalta hoitoilmoitusjärjestelmään ilmoitetut tiedot eivät sisällä hoitojaksojen aloitusajankohtaa. Salon sairaalan osalta erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksena on käytetty tietoa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin vuodelta 2019 peräisin olevan valmisteluaineiston tietoja ja siirtyviin kustannuksiin on käytetty vastaavien suoritteiden kustannusten keskiarvoa taulukossa 13 esitettyjen sairaaloiden lisäksi Valkeakosken sairaalasta. Länsi-Pohjan osalta on menetelty samoin, mutta siirtyvästä kustannuksesta on pyritty vähentämään Lapin hyvinvointialueen jo tekemien päätösten vaikutus.

Taulukko 14. Arvioita Länsi-Pohjan, Savonlinnan, Oulaskankaan ja Salon sairaaloiden kustannuksista, siirtyvistä kustannuksista ja säästöpotentiaaleista.

Sairaala	Sairaalan kokonaiskustannus, ml. psykiatria, milj. euroa	Siirtyvä kustannus, milj. euroa	Siirtyvän osuus sairaalan kokonaiskustannuksesta	Säästöpotentiaali, kun 30 % siirtyvästä kustannuksesta, milj. euroa	Säästöpotentiaali vuoden 2025 tasossa, milj. euroa
Länsi-Pohja	88,0	22,6	26%	6,8	7,4

Savonlinna	59,3	21,3	35,9 %	6,4	7,0
Oulaskangas	45,5	25,3	55,6 %	7,6	8,3
Salo	43,0	15,0	35,0 %	4,6	5,0
Yhteensä	235,8	84,2	35,7 %	25,4	27,8

Yllä kuvattuja säästöpotentiaaleja erikoissairaanhoidon osalta vähentäisi kuitenkin se, että Savonlinnaan ja Kemiin Länsi-Pohjan sairaalaan jäisi mahdollisuus hyvinvointialueelle järjestää yöaikaista perusterveydenhuollon tai rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä. Näiden aiheuttamiksi lisäkustannuksiksi on oletettu yllä olevien perusterveydenhuollon säästöpotentiaalien arvioiden perusteella sairaalakohtaisesti 1,1 miljoonaa euroa. Näin ollen erikoissairaanhoidon osalta säästöpotentiaali olisi yhteensä 25,6 miljoonaa euroa vuoden 2025 tasossa.

Ensihoito

Ensihoidon osalta on arvioitu erikseen perusterveydenhuollon yöpäivystysten lakkauttamista sekä erikoissairaanhoidon päivystykseen ja leikkaustoimintaan kohdentuvia muutoksia. Ensihoitopalvelun osalta laskentaperusteena on käytetty ensihoitoyksikön ylläpidon vuosikustannusta. Ensihoitoyksikön ylläpitokustannuksena on arvioitu yhden vuorokautisen yksikön muodostuvan ambulanssista sekä kahdesta ensihoitajasta. Yhden yksikön vuotuisen jatkuvan 24/7 valmiuden ylläpidon henkilöstötarpeeksi on arvioitu tarvittavan 12 ensihoitajaa, yksittäisen ensihoitajan henkilötyövuoden kustannus vuodessa on 75 000 euroa. Näistä muodostuu vuositasolla yhteensä 0,9 milj. euron kustannus. Huomioiden muu ylläpito yhden ensihoitoyksikön vuosikustannuksen on arvioitu olevan noin miljoona euroa. Ylläpidon tuntikustannukseksi muodostuu näin arvioituna 114 euroa tunnilta. Lisäksi yöaikaan tapahtuvien kuljetusten tulee huomioida yöaikainen lisäys kustannuksiin, joka on arvioitu kertoimella 1,4. Kerroin kattaa henkilöstökulujen yötyölisät. Näin arvioituna ensihoitopalvelun tuntikustannukseksi yöaikaan muodostuu noin 160 euroa tunti.

Perusterveydenhuollon yöaikaisten käyntien määrä perustuu alueille suunnatun kyselyn vastauksiin, jossa alueet ovat arvioineet vuosikäyntien määrä sekä käyntien sijoittumista eri vuorokaudenaikoihin. Siirtyvinä potilasmäärinä on huomioitu käyntien määrä klo 22–07 sekä lisäyksenä yhden ilta-aikaisen tunnin käyntimäärä, vastaten klo 21–22 käyntien määrää. Lisäys perustuu oletukseen, että sulkemisajan lähentyessä potilas kuljetetaan suoraan lähimpään yöajan päivystävään terveydenhuollon yksikköön.

Yöaikaisista päivystyskäynneistä on arvioitu, että 50 prosenttia potilaista kuljetetaan ensihoidon toimesta ambulanssilla vastaanottavaan yksikköön ja iltatunnin lisäyksen osalta, että 30 prosenttia potilaista kuljetetaan ensihoidon toimesta. Muilta osin on arvioitu, että osa potilaista hakeutuu joko taksilla tai omalla autolla avoimena olevaan päivystävään yksikköön, osa potilaista hoidetaan paikan päällä, osan potilaista kohdalla terveydenhuollon käynti voi odottaa aamuun ja osalla tarve terveydenhuollon palvelulle peruuntuu kokonaan. Ensihoitopalvelun kustannuslisäyksenä on arvioitu kuljetettavien potilaiden määrää ja ensihoitoyksikön kuljetuksen ajallisen keston lisäystä, joka aiheutuu suljettavien ja vastaanottavien

terveydenhuollon yksiköiden välisestä etäisyydestä molempiin suuntiin. Tämän etäisyyden on arvioitu olevan niin sanottu suurin etäisyyden lisäys, kun lähtöpisteestä kuljetetaan suoraan vastaanottavaan terveydenhuollon yksikköön lyhyintä reittiä. Kyseinen aika siis lisää ensihoidon yksikön sidottua aikaa, ja sidonta-ajan lisäys voidaan korvata lisäämällä ensihoitoyksiköitä. Lisäystarve kohdentuu tässä tapauksessa erityisesti yöaikaan. Tässä kohdin on siis huomattava, että lisäystarve on laskennallinen ja laskettu kokonaisina ensihoidon yksikköinä mutta todellisuudessa lisäystarve siis kohdentuu ajallisesti eri vuorokaudenaikoihin, esimerkiksi yöaikaisen kapasiteetin lisäykseen. Laskennallinen lisäys ei ota kantaa siihen, miten hyvinvointialue todellisuudessa kohdentaa lisäresursoinnin.

Kelan korvaamien ambulanssikuljetusten osalta on myös käytetty samaa oletusta etäisyyden kasvusta. Koska etäisyyden lisäys on niin sanottu maksimilisäys, on käytetty kerrointa 1,5 täyden 2 sijaan. Koska ambulanssikuljetusten lähtöpisteistä ja päätepisteistä ei ole tarkkaa tietoa saatavilla, on tässä kohdin tehty oletus. Oletus vastaa myös Kelan taksimatkojen osalta lakkautettaviin yöpäivystyksen yksiköihin tehtyjen taksimatkojen korvausta suhteessa teoreettiseen etäisyyden lisäykseen. Sairausvakuutuksen matkakorvauksen lisäys on laskettu sairaankuljetuksen kustannusten korvaustaksasta annetun valtioneuvoston asetuksen (490/2018) voimassa olevilla (asetusmuutos 1114/2023) korvausperusteilla. Alla olevassa taulukossa 15 on koottuna arviot siirtyvistä potilasmääristä ja kuljetusten keston lisäysten aiheuttamista kustannuksista. Kouvolan osalta arvio perustuu karkeaan arvioon siitä, että kaikki akuuttilääketieteen päivystyksen aikavälillä 21-07 saapuvat potilaat siirretään ambulanssilla Kotkaan. Kymenlaakson hyvinvointialueen toimittamien tietojen mukaan Kouvolan päivystystoiminnan potilaista noin kolmasosa on akuuttilääketieteen potilaita.

Taulukko 15. Ensihoitoa koskevat vaikutukset perusterveydenhuollon yöpäivystysten sulkemisesta tai supistumisesta.

Lakkaava tai supistuva yöpäivystys	Varkaus	Iisalmi	Kouvola
Vastaanottava yksikkö	KYS	KYS	Kotka
Etäisyysmuutos	76	85	55
Siirtyvä asiakasmäärä klo 21-22	1000	1010	
Joista ambulanssilla 30 %	300	303	
Siirtyvä asiakasmäärä klo 22-07	2145	2372	
Joista ambulanssilla 50 %	1073	1186	
Siirtyvät asiakkaat yhteensä	1373	1489	2150
Ensihoitopalvelun lisäkustannus, euroa	519 112	629 952	630 000
Sairausvakuutuksen matkakorvaukset, euroa	473 146	574 171	570 000

Erikoissairaanhoidon päivystykseen ja leikkaustoimintaan säädetyistä muutoksista ensihoitoon aiheutuvia kustannuksia ja niihin liittyviä säästöpotentiaaleja on arvioitu käyttämällä samaa tilastoaineistoa kuin terveydenhuollon toimintayksiköiden kustannuksia ja säästöpotentiaalia arvioitaessa on käytetty. Samassa tilastoaineistossa on kustannusten lisäksi tapausten lukumäärätiedot ja siirtyvien kustannusten taustalla olevia lukumäärätietoja on käytetty potilasmäärän arvioimiseen. Lukumäärätiedoista on yöaikaisista potilaista oletettu 50 prosenttia kuljetettavan ensihoitoyksikön toimesta, päiväaikaisen kiiretoiminnan potilaista 30 prosenttia, elektiivisestä toiminnasta 0 prosenttia ja muusta leikkaustoiminnasta kuin päiväkirurgiasta 10 prosenttia tapauksista siirtyvän ensihoidon kuljettamana. Muilta osin arvio on tehty vastaavasti kuten perusterveydenhuollon yöpäivystysten lakkauttamisen osalta. Alla olevassa taulukossa 16

on vastaavasti arviot siirtyvistä potilasmääristä ja kuljetusten keston lisäyksestä aiheutuvista kustannuksista. Länsi-Pohjan ja Salon osalta tilastotiedoista johtuvista puutteista johtuen vaikutukset on arvioitu karkeasti suhteuttamalla siirtyvien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyntien määrä sekä etäisyysmuutokset Savonlinnan ja Oulaisten muutoksiin.

Taulukko 16. Ensihoitoa koskevat vaikutukset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen muutoksista.

	Länsi-Pohja	Savonlinna	Oulainen	Salo
	Rovaniemi	Mikkeli	OYS	TYKS
Vastaanottava yksikkö				
Etäisyysmuutos	122	102	102	54
Siirtyvä asiakasmäärä klo 21-22		1521	1582	
Joista ambulanssilla 30 %		456	475	
Siirtyvä asiakasmäärä klo 22-07		1825	5636	
Joista ambulanssilla 50 %		913	2818	
Siirtyvä asiakasmäärä päiväaikaan		5972	4637	
Joista ambulanssilla 10 %, 30 %*		1701	1142	
Siirtyvät asiakkaat yhteensä		3070	4435	
Ensihoitopalvelun lisäkustannus, euroa	1 750 000	1 311 717	1 844 775	950 000
Sairausvakuutuksen matkakorvaukset, euroa	1 750 000	1 420 089	1 832 219	950 000

*päiväaikaisen kiiretoiminnan potilaista 30 prosenttia, elekttiivisestä toiminnasta 0 prosenttia ja muusta leikkaustoiminnasta kuin päiväkirurgiasta 10 prosenttia tapauksista on arvioitu siirtyvän ensihoidon kuljettamana

Yhteensä ensihoitopalvelun kustannuslisäyksen on arvioitu olevan noin 7,6 milj. euroa ja sairausvakuutuksen korvausten sairaankuljetuksesta 7,5 milj. euroa. Arviossa ei ole arvioitu mahdollisten siirtokuljetusten vähenemistä sellaisissa tapauksissa, jossa potilas nykytilassakin päädyttäisiin jatkokuljettamaan laajemman palvelutarjonnan yksikköön. Kelan matkakorvaukset ambulanssikyydistä maksetaan palvelun tuottajalle. Koska hyvinvointialueella on ensihoidon järjestämisvastuu, Kelan matkakorvaukset ovat hyvinvointialueelle tuottoa, mikäli hyvinvointialue on ensihoidon tuottaja jolloin matkakorvaukset vähentävät ensihoitopalvelun järjestämisestä hyvinvointialueelle aiheutuvia kustannuksia. Siten hyvinvointialueen talouteen vaikutus on ensihoitopalvelun järjestämisestä aiheutuvan lisäkustannuksen ja sairausvakuutuksen korvausten erotus. Nettomääräisesti muutoksen vaikutus on kustannuksia vähäisesti lisäävä, noin 60 000 euroa.

Kun arvioidaan, että ensihoitoyksikön vuotuinen ylläpitokustannus on miljoona euroa, lainmuutoksen kohteena oleville hyvinvointialueille arvioidaan tarvittavan koko maan tasolla laskennallisesti kaikkiaan noin 7,5 uutta yksikköä. Todellinen ensihoidon lisäystarve ja ajoittuminen vuorokauteen arvioidaan aluekohtaisesti lähtien alueen omista tarpeista ja lähtökohdista. Jos yhden varustellun ambulanssin hinta on noin 300 000 euroa, investointitarve ambulansseihin on enimmillään noin 2,3 miljoonaa euroa. Käytännössä kuitenkin yöaikaisten kuljetusten määrä suhteessa päiväaikaisiin kuljetuksiin, sillä päiväaikaan on myös muita kuin kiireellisiä kuljetuksia, lienee huomattavasti pienempi, joten ambulansseja saattaa jo

nykyhetkellä olla riittävästi. Investointi on kertaluonteinen ja tulee kustannuksena huomioitua poistojen kautta.

Sairaankuljetuksen matkakorvaukset maksetaan sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta, josta valtio on rahoittanut kaksi kolmasosaa (67 prosenttia) ja yksi kolmasosa (33 prosenttia) on rahoitettu vakuutettujen rahoitusosuudella. Osuuksien mukaisesti sairausvakuutuksen matkakorvaukset lisäävät valtion menoja 5 milj. eurolla ja vakuutettujen rahoitusosuutta 2,5 milj. eurolla. Julkisen talouden suunnitelmassa vuosille 2025–2028 on kuitenkin päätetty niin sanotusta sosiaaliturvarahastojen kanavointiratkaisusta, jonka myötä valtion rahoitusosuus tulee nykyisestä alenemaan ja vakuutettujen kasvamaan. Muutos on tarkoitettu toteuttaa tämän hallituksen esityksen kanssa samassa aikataulussa ja vaikuttaisi siten esitettyihin rahoitusosuuksiin. Kanavointiratkaisun myötä rahoitusosuudet jakautuvat hallituksen esityksen eduskunnalle sosiaaliturvarahastojen säästöjen valtion ja kuntien talouden vahvistamiseen ohjaamista ja sairauspäivärahan muutoksia koskevaksi lainsäädännöksi (HE 123/2024 vp) mukaan valtio 51,4 % ja vakuutetut 48,6 %, jolloin valtion osuus ensihoidosta olisi 3,9 milj. euroa ja vakuutettujen osuus 3,6 milj. euroa. Kanavointiratkaisun vaikutus hyvinvointialueiden rahoitukseen on huomioitu edellä tämän hallituksen esityksen taloudellisten vaikutusten laskelmissa.

Lisäksi pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelmassa on päätetty, että ensihoitoon liittyvien kuljetusten rahoitusvastuu siirretään kokonaisuudessaan hyvinvointialueille. Julkisen talouden suunnitelmassa vuosille 2025–2028 siirto on huomioitu vuodesta 2026 alkaen perustuen arvioon voimassa olevan lainsäädännön mukaisista kustannuksista (130 milj. euroa). Julkisen talouden suunnitelmassa on päätetty siirron toteuttamisesta valtion näkökulmasta kustannusneutraalisti suhteessa nykytilaan pienentämällä valtion vastuuta sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta. Tämän esityksen ensihoitoa koskevissa laskelmissa ei ole vielä huomioitu tämän rahoitusvastuun siirron vaikutuksia hyvinvointialueiden rahoitukseen.

Kelan korvaamat taksimatkat

Kela on arvioinut korvattavien taksimatkojen lisäyksen yöaikaisten klo 21–07 välisenä aikana vuonna 2023 korvattujen taksimatkojen perusteella. Aineistona olivat kaikki vuonna 2023 tehdyt taksimatkat, joissa päätepisteenä oli jokin yöaikaan suljettavista terveydenhuollon toimintayksiköistä, lisäksi matkan päättymisajan tuli olla välillä klo 21–07. Tällaisia matkoja oli yhteensä 5 194 kpl, eri matkustajia oli yhteensä 3 474 henkilöä. Koordinaattien mukaan laskettu etäisyys on alku- ja loppupisteiden välisen suoran viivan pituus, mikä on luonnollisesti aina lyhyempi kuin matkaan todellisuudessa tarjolla oleva lyhin etäisyys olemassa olevaa tieverkkoa pitkin. Vertaamalla aineiston nykyisten lähtö- ja päätepisteiden koordinaattipisteiden etäisyyksiä aineiston mukaisiin todellisiin matkojen pituuksiin nähtiin, että keskimäärin suora etäisyys oli 1,34 kertaa lyhyempi kuin todellinen maantietä pitkin kuljettu etäisyys. Tätä keskimäärää käytettiin arvioimaan matkojen pituuksien todellista muutosta. Korvausmenon kasvu arvioitiin tuloksena saadun matkojen todellisen pituuden muutoksen perusteella käyttämällä koko maan kaikkien taksimatkojen toteutunutta kokonaiskorvaussummaa jaettuna ajokilometrien yhteismäärällä (1,405 euroa/km) 12 kk:n ajalta aikavälillä 04/2023–03/2024.

Sairausvakuutuksesta korvattavien taksimatkojen arvioidaan lisääntyvän 72 prosentissa tapauksista ja vähenevän 17 prosentissa tapauksista. Lisäksi 11 prosentissa matkoista lähtöpiste on erittäin lähellä uutta päätepistettä. Tuloksen tarkastelusta Kelan korvaamien taksimatkojen kustannukset lisääntyisivät arviolta 240 000 eurolla. Taksimatkat korvataan, kuten sairaankuljetukset, sairaanhoitovakuutuksesta, jolloin valtion kustannukset lisääntyisivät

160 000 eurolla ja vakuutettujen rahoitusosuus lisääntyisi 80 000 eurolla. Lisäksi päiväsaikaan siirtyvien erikoissairaanhoidon asiakkaiden osalta korvaukset lisääntyisivät jonkin verran. Kanavointiratkaisu vaikuttaa myös näiden rahoitusosuuksien muutoksiin, jolloin rahoitusosuudet lisääntyisivät noin 120 000 eurolla sekä valtion että vakuutettujen osalta.

Yllä olevista matkoista johdettuna yksittäisen matkan korvaukset lisääntyisivät keskimäärin noin 46 eurolla matkaa kohden. Mikäli tällainen matka kuuluu Kelan matkakorvausten piiriin, lisäys kohdentuisi kokonaisuudessaan sairausvakuutusrahastoon. Sellaisten matkojen osalta, joita Kela ei korvaa, lisäys kohdentuisi asiakkaan itsensä maksettavaksi. Tällaisten osalta kustannus voisi olla edellä mainittua suurempi, koska Kela on kilpailuttanut käyttämänsä kuljetuspalvelut ja ne ovat näin ollen itse tilattua taksia edullisemmat. Omalla autolla liikkuvan asiakkaan osalta lisäys olisi tätä merkittävästi pienempi, ja kohdentuisi joko oman auton käytön kustannuksiin tai muun henkilön kuljettaman auton käyttökustannuksiin.

Leikkaustoiminnan ja eräiden muiden toimenpiteiden hankinnan mahdollistaminen

Terveydenhuoltolain voimassa olevan 45 §:n 3 momentin mukaan leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Tämä on käytännössä estänyt tällaisen leikkaustoiminnan hankinnan, koska yksityisillä palveluntuottajilla ei ole ympärivuorokautista yhteispäivystystä. Säännöstä ehdotetaan tässä esityksessä lievennettäväksi siten, että osaa päiväkirurgiasta, lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta, päiväkirurgisista polven ja lonkan tekonivelleikkauksista ja anestesialogista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativista kevyistä toimenpiteistä on jatkossa mahdollisuus hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi lainsäädännössä selkeytetään, keneltä voi hankkia niin sanottua raskasta kirurgiaa.

Terveydenhuoltolain 54 §:n 1 momentin mukaan, jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa hoitoa, kuten leikkausta, säädetyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialuelain 9 §:n 1 momentissa tarkoitetulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa. Erikoissairaanhoidon säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika eli hoitotakuu on terveydenhuoltolain 52 §:n mukaan kuusi kuukautta. Koska 45 §:n 3 momentin sääntely on rajoittanut mahdollisuuksia hankkia palveluita, vaikka hoitotakuu ylittyisikin, hyvinvointialueiden mahdollisuudeksi on jäänyt tuottaa palvelu itse tai yhteistoiminnassa muun hyvinvointialueen kanssa. Jatkossa hyvinvointialuilla olisi mahdollisuus toteuttaa yllä mainituissa leikkauksissa ja toimenpiteissä lakisääteinen palveluiden järjestämisen velvoitteensa ja hoitotakuun noudattaminen ostopalveluita ja palveluseteliä hyödyntämällä. Käytännössä tosin myös tiedetään, että hyvinvointialueet ovat ostaneet tällaisia leikkauksia 45 §:n 3 momentin sääntelystä huolimatta.

Rahoituslain 9 §:n mukaan valtion rahoituksen tasoa varainhoitovuodelle määritettäessä otetaan lain 5 §:ssä tarkoitettulla tavalla täysimääräisesti huomioon hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien laajuuden tai laadun muutos, jos se aiheutuu asianomaista tehtävää koskevasta laista tai asetuksesta, lakiin tai asetukseen perustuvasta valtion viranomaisen määräyksestä tai valtion talousarviosta. Valtion rahoitusta voidaan korottaa tai alentaa tehtävien laajuuden tai laadun muutoksen perusteella.

Tässä esityksessä ehdotetun ostopalveluiden hankinnan aiempaa laajemman mahdollistamisen ei katsota olevan luonteeltaan sellainen rahoituslain 9 §:ssä tarkoitettu tehtävänmuutos, joka tulisi ottaa etukäteen muutoksen voimaantulosta lukien huomioon hyvinvointialueiden rahoituksessa. Ehdotuksella ei muuteta hyvinvointialueen lakisääteisiä velvoitteita järjestää lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito, sekä noudattaa hoitotakuuta. Hyvinvointialueilla on tähänkin asti ollut mahdollisuus toteuttaa nämä velvoitteet toteuttamalla hoito omana tuotantona tai yhteistoiminnassa muiden hyvinvointialueiden kanssa, ja ostopalveluiden hankinnan mahdollistaminen vain tuo uuden tuottamistavan mahdollisuudeksi. Täten ehdotuksesta ei syntyisi vaikutuksia, jotka on otettava huomioon hyvinvointialueiden rahoituksessa ja valtion talousarvioehdotuksessa vuodelle 2025.

Ehdotetulla muutoksella voi kuitenkin olla tosiasiallisia vaikutuksia hyvinvointialueiden kustannuksiin, mutta kustannusvaikutusten määrää on etukäteen vaikea tarkoin arvioida. Yli kuusi kuukautta erikoissairaanhoidon hoitoa odottaneita oli THL:n 30.4.2024 tilastojen mukaan noin 27 000 henkilöä. Esimerkiksi polven tai lonkan tekonivelleikkausta odotti mainittuna ajankohtana yli kuusi kuukautta noin 4700 henkilöä.⁶³ Jos lakimuutoksen myötä hyvinvointialueet purkavat hoitojonojaan, voi tämä nostaa kustannuksia alueilla kyseisenä vuonna, vaikka kustannus muutoin olisi aiheutunut myöhemmin tulevana vuosina hoitojonon purkautuessa. Tällainen kustannus voi tulla otetuksi huomioon hyvinvointialueiden rahoituksessa koko maan tasolla tehtävässä jälkikäteistarkastuksessa. Jos hyvinvointialueet purkavat jonojaan merkittävästi esimerkiksi vuonna 2025, voi niille tuona vuonna aiheutuva kustannus olla huomattavakin.

Saatavilla ei ole tällä hetkellä riittävästi tietoa siitä, miten hyvinvointialueiden ja yksityissektorin kustannukset eroavat tietyn leikkauksen toteuttamisessa. On mahdollista, että tietyn leikkauksen hankinta on hyvinvointialueelle edullisempaa kuin omana tuotantona tekeminen. Toisaalta on myös riskejä siitä, että hankintoja vapautettaessa lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa siirtyy yksityisen sektorin palvelukseen, jolloin hyvinvointialue voi olla käytännössä pakotettu ostamaan suoritteita yksityiseltä sektorilta korkeammallakin hinnalla. Jos tietyllä alalla tai alueella ei ole kilpailua, voi tämä nostaa kustannuksia.

Yhteenveto vaikutuksista valtion talouteen

Esityksessä ehdotettavien lainmuutosten johdosta terveydenhuollon toimintayksiköiden säästöpotentiaalit olisivat perusterveydenhuollon päivystysten osalta yhteensä 5,1 milj. euroa ja erikoissairaanhoidon osalta 25,6 milj. euroa. Vaikutus hyvinvointialueille olisi toimintamenojen nettosäästö yhteensä 30,7 milj. euroa.

Ensihoidon osalta valtion kustannukset lisääntyisivät noin 60 000 eurolla hyvinvointialueiden nettolisäyksen osalta (momentilla 28.89.31), 3 900 000 eurolla sairausvakuutuksen sairaankuljetuksen matkakorvausten osalta sekä 120 000 eurolla taksimatkojen osalta kanavointiratkaisu huomioiden. Sairaanhoidovakuutuksen vakuutettujen rahoitusosuus lisääntyy 3 600 000 eurolla.

Kun otetaan huomioon ensihoidon toimintamenojen lisääntyminen, pienenee säästöpotentiaali yllä kuvatun tavoin. Nettosäästö vähentäisi valtion hyvinvointialueille osoittamaa yleiskatteellista rahoitusta momentilta 28.89.31 yhteensä 30,6 milj. euroa vuoden 2025 tasossa. Esitys tulisi voimaan lokakuussa 2025, mutta Pohjois-Savon hyvinvointialueella olisi

⁶³ THL: Hoitoonpääsy erikoissairaanhoidossa 30.4.2024: Kiireettömään erikoissairaanhoidon odottaneiden määrä väheni kevään aikana. <https://www.julkari.fi/handle/10024/149216>

mahdollisuus jatkaa Iisalmen ja Varkauden perusterveydenhuollon ympärivuorokautisten toimintaa vuoden 2025 loppuun saakka. Täten vuodelle 2025 valtion hyvinvointialueiden osoittamaa yleiskatteellista rahoitusta vähennettäisiin kolmen voimassaolokuukauden perusteella 7,2 miljoonaa euroa. Vuodesta 2026 lukien vähennys olisi täysimääräinen. Samoin sairaanhoitovakuutuksen valtion menot lisääntyisivät täysimääräisesti noin 4,1 miljoonalla eurolla vuodesta 2026 lukien ja noin 1,0 miljoonalla eurolla vuonna 2025. Yhteensä esitys vahvistaisi valtion taloutta 6,2 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 26,5 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien.

4.2.1.2 Vaikutukset hyvinvointialueiden talouteen

Yleistä

Hyvinvointialueet valmistelevat jatkuvaluonteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkkoa koskevia päätöksiä. Osin päätökset, kuten Pirkanmaan hyvinvointialueen syksyllä 2023 ja osaksi Lapin hyvinvointialueen keväällä 2024 tekemät päätökset, ovat yhdensuuntaisia käsiteltävänä olevien ehdotettujen lainmuutosesitysten kanssa. Alueiden omista päätöksistä aiheutuvat laskennalliset kustannussäästöt, tai paremminkin toiminnan tehostumisesta aiheutuvat kustannushyödyt, eivät ole kyseessä olevan hallituksen esityksen vaikutuksia, eivätkä nämä vuosina 2024 ja 2025 toteutettaviksi aiotut tai suunnitellut palvelujärjestelmän muutokset sisälly tämän esityksen vaikutusarvioihin.

Hyvinvointialueiden asiakasmaksutuottojen muutoksen kokonaisvaikutus jää melko vähäiseksi. Arvion mukaan osa asiakasmaksuvaikutuksista on maksukertymää kasvattavia, kuten siirtymä perusterveydenhuollon käyntimaksusta erikoissairaanhoidon käyntimaksuun, ja osa alentavia, kuten siirtymä yöaikaisesta käyntimaksusta halvempaan päiväaikaisen käynnin maksuun. Perusterveydenhuollon yöpäivystysten lakkautusten vaikutus on nettomääräisesti arvioituna tuottoja joitain tuhansia euroja kasvattava, mutta erikoissairaanhoidon muutokset eivät arvion mukaan vaikuta asiakasmaksuihin.

Hyvinvointialuekohtainen rahoitus

Hyvinvointialueiden rahoituslain 9 §:n mukaisesti esityksessä ehdotettavat sairaalapalveluita koskevat muutokset otetaan huomioon rahoituksessa tehtävämuutoksia vastaavalla tavalla. Muutoksen vaikutus otettaisiin siten huomioon koko maan tason rahoituksessa etukäteen voimaantulovuodesta lukien. Vaikutusten huomioon ottaminen hyvinvointialueiden laskennallisessa rahoituksessa voidaan tehdä muutoksen sisällöstä riippuen esimerkiksi kohdentuen kaikkiin rahoituksen aluekohtaisiin määräytymistekijöihin tai kohdentamalla muutoksesta aiheutuva rahoituksen lisäys tai vähennys muutoksen sisällön mukaan kulloinkin sopivimmille laskennallisille kriteereille. Kohdennustapa vaikuttaa siihen, miten muutoksen jälkeen rahoitus jakautuu aluekohtaisesti.

Taulukossa 17 kuvataan vaikutusarvioinnissa käytetyt sairaalapalveluiden muutoksista aiheutuvat säästöpotentiaalit aluekohtaisesti. Säästöpotentiaali on koko maan tasolla yhteensä 30,6 milj. euroa. Perusterveydenhuollon osalta säästöpotentiaali on yhteensä 5,2 milj. euroa ja erikoissairaanhoidon osalta säästöpotentiaali on yhteensä 25,4 milj. euroa. Säästöpotentiaaleissa on huomioitu ensihoidon muutosten aiheuttamat nettovaikutukset. Säästöpotentiaaleissa ei ole huomioitu muutosten vaikutusta hyvinvointialueiden asiakasmaksutuloihin.

Taulukko 17. Vaikutusarvioinnissa käytetyt säästöpotentiaalit aluekohtaisesti.

Hyvinvointialue	Perusterveydenhuollon säästöpotentiaali, milj. euroa	Erikoissairaanhoidon säästöpotentiaali, milj. euroa	Säästöpotentiaali yhteensä, milj. euroa
Etelä-Savo		5,8	5,8
Kymenlaakso	3,2		3,2
Lappi		6,3	6,3
Pohjois-Pohjanmaa		8,3	8,3
Pohjois-Savo	2,0		2,0
Varsinais-Suomi		5,0	5,0
Yhteensä	5,2	25,4	30,6

Sairaalapalveluita koskevien muutosten vaikutusta rahoitukseen on arvioitu seuraavassa ottamalla huomioon koko maan tasolla 30,6 milj. euron rahoituksen vähentäminen sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisessa rahoituksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallinen rahoitus kohdennetaan hyvinvointialueille asukasmäärää, terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvetta, palvelujen kustannuksia aiheuttavien olosuhdetekijöiden sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kuvaavien laskennallisten kriteerien perusteella. Muutoksesta aiheutuva rahoituksen vähennys on kohdistettu terveydenhuollon palvelutarvetta kuvaavalle kriteerille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisesta rahoituksesta jaetaan noin 81,2 prosenttia hyvinvointialueiden palvelutarvetta kuvaavien kriteerien perusteella. Terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerillä jaetaan noin 47,7 prosenttia (noin 11,3 miljardia euroa vuonna 2024), vanhustenhuollon palvelutarpeen kriteerillä noin 16,5 prosenttia (noin 3,8 miljardia euroa vuonna 2024), sosiaalihuollon palvelutarpeen kriteerillä noin 17,4 prosenttia (noin 4,1 miljardia euroa vuonna 2024) sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisesta rahoituksesta.

Palvelutarpeen kriteerien perusteella jaettava laskennallinen rahoitus muodostetaan kertomalla terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelujen käyttöä kuvaavan tarpeen perushinta hyvinvointialueen asukasmäärällä ja terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvekertoimilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos laskee kullekin hyvinvointialueelle vuosittain hyvinvointialuekohtaiset terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvekertoimet, jotka kuvaavat kunkin hyvinvointialueen palvelutarvetta. Palvelutarvekertoimien laskennassa hyödynnetään tietoja muun muassa väestön ikä- ja sukupuolirakenteesta, sairastavuudesta ja sosioekonomisista tekijöistä sekä palvelujen käytöstä ja palvelujen käytön aiheuttamista kustannuksista.

Taulukossa 18 esitetään hyvinvointialuekohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen valtion rahoituksen muutos, kun sairaalapalveluiden muutoksesta aiheutuva rahoituksen vähennys kohdennettaisiin terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerille.

Laskelmassa on käytetty alustavia vuoden 2025 sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen rahoituksen määräytymistekijöitä. Euromääräiset vaikutukset tarkentuisivat hyvinvointialuekohtaisesti, kun vuoden 2026 rahoituksessa huomioitavat määräytymistekijät ovat saatavilla kesällä 2025. Määräytymistekijät päivitetään vuosittain Tilastokeskuksen väestörakennetilaston ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimukseen perustuvien aluekohtaisten väestön palvelutarvetta kuvaavien kertoimien perusteella.

Taulukko 18. Esitettyjen palvelujärjestelmän muutosten vaikutus hyvinvointialueiden laskennalliseen valtion rahoitukseen.

Hyvinvointialue	Laskennallisen rahoituksen muutos vuonna 2026, milj. euroa	Laskennallisen rahoituksen muutos vuonna 2026, euroa asukas
Helsinki	-3,3	-5
Vantaa ja Kerava	-1,4	-5
Länsi-Uusimaa	-2,3	-5
Itä-Uusimaa	-0,5	-5
Keski-Uusimaa	-1,0	-6
Varsinais-Suomi	-2,8	-6
Satakunta	-1,2	-6
Kanta-Häme	-1,0	-6
Pirkanmaa	-3,0	-6
Päijät-Häme	-1,2	-6
Kymenlaakso	-1,0	-6
Etelä-Karjala	-0,7	-6
Etelä-Savo	-0,8	-6
Pohjois-Savo	-1,5	-6
Pohjois-Karjala	-1,0	-5
Keski-Suomi	-1,5	-6
Etelä-Pohjanmaa	-1,1	-5
Pohjanmaa	-0,9	-6
Keski-Pohjanmaa	-0,4	-5
Pohjois-Pohjanmaa	-2,3	-6
Kainuu	-0,4	-6
Lappi	-1,1	-5
Yhteensä	-30,6	-6

Sairaalapalveluita koskevasta muutoksesta aiheutuvan valtion rahoituksen vähennyksen kohdentaminen terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerille vähentäisi kriteerillä jaettavan rahoituksen määrää 30,6 milj. euroa. Tämä laskee terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerin perushintaa, jolloin kaikille hyvinvointialueille kohdistuu vähemmän rahoitusta kyseisen kriteerin kautta. Koska kriteerin perushinta kerrotaan asukasluvun lisäksi terveydenhuollon palvelutarvekertoimella, muutoksesta aiheutuva rahoituksen vähennys jakautuu hyvinvointialueille eri suhteissa.

Taulukon 18 mukaan Helsingin sekä Länsi-Uusimaan, Itä-Uusimaan, Keski-Uusimaan, Keski-Suomen, Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen laskennallinen rahoitus vähenisi 5 euroa per asukas. Muiden hyvinvointialueiden laskennallinen rahoitus vähenisi 6 euroa per asukas. Muutoksen vaikutus valtion rahoitukseen on kuitenkin kaikilla alueilla suuruudeltaan noin -0,1 prosenttia suhteessa vuoden 2025 rahoitukseen.

Mitä korkeampi terveydenhuollon palvelutarvekerroin alueella on, sitä enemmän alueelle kohdistuu terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerin kautta jakautuvasta valtion rahoituksen

vähennyksestä. Kymenlaakson, Etelä-Savon, Pohjois-Karjalan, Kainuun ja Lapin hyvinvointialueilla on muihin alueisiin verrattuna korkeammat terveydenhuollon palvelutarvekertoimet. Helsingin ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueiden terveydenhuollon palvelutarvekertoimet ovat muihin alueisiin verrattuna matalimpia, jolloin näille alueille kohdistuu vähemmän terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerin kautta jakautuvasta valtion rahoituksen vähennyksestä.

Muutos ei vaikuta muilla laskennallisilla kriteereillä jaettavaan rahoitukseen tai hyvinvointialueiden siirtymätasauksiin.

Taulukko 19. Esitettyjen palvelujärjestelmän muutosten säästöpotentiaalin ja laskennallisen rahoituksen muutoksen välinen erotus vuonna 2026.

Hyvinvointialue	Säästöpotentiaali yhteensä, milj. euroa	Laskennallisen rahoituksen muutos yhteensä, milj. euroa	Rahoituksen muutoksen ja säästöpotentiaalin välinen erotus, milj. euroa
Helsinki	0	-3,3	-3,3
Vantaa ja Kerava	0	-1,4	-1,4
Länsi-Uusimaa	0	-2,3	-2,3
Itä-Uusimaa	0	-0,5	-0,5
Keski-Uusimaa	0	-1,0	-1,0
Varsinais-Suomi	5	-2,8	2,2
Satakunta	0	-1,2	-1,2
Kanta-Häme	0	-1,0	-1,0
Pirkanmaa	0	-3,0	-3,0
Päijät-Häme	0	-1,2	-1,2
Kymenlaakso	3,2	-1,0	2,2
Etelä-Karjala	0	-0,7	-0,7
Etelä-Savo	5,8	-0,8	5,0
Pohjois-Savo	2	-1,5	0,5
Pohjois-Karjala	0	-1,0	-1,0
Keski-Suomi	0	-1,5	-1,5
Etelä-Pohjanmaa	0	-1,1	-1,1
Pohjanmaa	0	-0,9	-0,9
Keski-Pohjanmaa	0	-0,4	-0,4
Pohjois-Pohjanmaa	8,3	-2,3	6,0
Kainuu	0	-0,4	-0,4
Lappi	6,3	-1,1	5,2
Koko maa	30,6	-30,6	0

Taulukossa 19 esitetään päivystys- ja leikkaustoimintaa koskevista muutoksista aiheutuva säästöpotentiaali alueittain, kunkin hyvinvointialueen laskennallisen rahoituksen muutos sekä näiden välinen erotus. Säästöpotentiaalin ja laskennallisen rahoituksen välinen erotus kuvaa arvioitua muutoksesta aiheutuvaa nettohyötyä aluekohtaisesti. Rahoituksen vähennys kohdistuu kaikille alueille, vaikka vain osalla alueista säästöpotentiaali vähentää kustannuksia.

Varsinais-Suomen, Kymenlaakson, Lapin, Etelä-Savon, Pohjois-Savon ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueille muutoksista aiheutuva säästöpotentiaali vähentäisi kustannuksia enemmän

kuin muutoksesta aiheutuva rahoituksen vähennys. Pohjois-Pohjanmaalla säästöpotentiaali vähentäisi kustannuksia noin 8,3 miljoonaa euroa ja rahoitus vähenisi noin 2,3 miljoonaa euroa. Näin ollen alue hyötyisi arviolta noin 6,0 miljoonaa euroa.

Palvelujärjestelmää koskevista muutoksista aiheutuva hyvinvointialueiden rahoituksen muutos on suhteessa rahoituksen kokonaistason nähden maltillinen. Muutoksen vaikutus valtion rahoitukseen on kaikilla alueilla suuruudeltaan noin -0,1 prosenttia suhteessa vuoden 2025 rahoitukseen.

Koko maan tasolla hyvinvointialueiden valtion rahoitus on valtiovarainministeriön kevään 2024 arvion perusteella vuonna 2025 yhteensä noin 26,2 mrd. euroa ja vuonna 2026 noin 25,9 mrd. euroa. Hyvinvointialueisiin kohdistuu kehyskaudella tehtävämuutoksia, jotka tulevat voimaan, supistuvat tai laajenevat vaiheittain v. 2025 tai sen jälkeen. Esitettävät lainmuutokset hidastavat hyvinvointialueilla menojen kasvua. Toiminnalliset muutosvaikutukset kohdistuvat erityisesti tietyille alueille ja samalla ne lisäävät toiminnan tehostumista ja resurssioptimointia koko maan tasolla. Kaikilla hyvinvointialueilla ovat käytössä muutos- ja uudistamisohjelmat rahoituksen riittävyyden turvaamiseksi sekä talouden tasapainottamiseksi ja sopeuttamiseksi. Lainmuutokset mahdollistavat tehtävä- ja työnjakojen edelleen kehittämisen hyvinvointialuekohtaisesti ja myös yhteistyöaluetasoisesti. Huomioiden yhtäältä hyvinvointialueiden menopaineet ja tarpeet hillitää kustannusten kasvua sekä toisaalta hyvinvointialuetalouden osuus julkisessa taloudessa ja hyvinvointialuekohtaisen valtion rahoituksen määrä, ei lakiehdotuksesta aiheutuvia vaikutuksia yksittäisten hyvinvointialueiden rahoituksen määrään voida minkään alueen osalta pitää kohtuuttomana. Vähennyksiä aluekohtaisessa rahoituksessa voidaan myös pitää maltillisina suhteessa hyvinvointialuetalouden kokonaismäärään ja aluekohtaiseen rahoituksen määrään.

4.2.1.3 Vaikutukset yrityksiin

Yksityissektorin rooli on merkittävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelualalla sekä julkisesti rahoitetuilla markkinoilla, että alueellisen elinvoiman näkökulmasta. Alan yritysten yhteenlaskettu liikevaihto oli noin 10,6 miljardia euroa vuonna 2022 ja alan yrityksiä toimi yhteensä noin 26 400, joista valtaosa oli mikroyrityksiä⁶⁴. Julkinen sektori luo päätöksillään toimintaympäristöä myös yksityisen sektorin palvelujen tuottajille. Näin tapahtuu myös, kun perusterveydenhuollon yöpäivystyksiä vähennetään, otetaan käyttöön uusia toimintamalleja ja tehdään muutoksia erikoissairaanhoidon ja leikkaustoimintaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve ei poistu, vaikka palvelujärjestelmää muutettaisiin, vaan se kanavoituu uudessakin tilanteessa jonnekin. Lähtökohtaisesti se, mistä julkinen sektori vetäytyy, voi luoda tilaa yksityiselle toimia. Tämä edellyttää, että toiminta on yrityksen näkökulmasta kannattavaa. Kun perusterveydenhuollon yöpäivystyksiä vähennetään, ja eräänä perusteena on vähäinen yöaikainen käyttö, ei ole todennäköistä, että yritykset investoisivat suuresti samankaltaiseen toimintamalliin. Yritysten näkökulmasta toiminnan tulee olla kannattavaa ja kustannustehokasta, ja siihen oleellisesti vaikuttavat asiakasmäärät. Järjestämislain 12 §:n mukaan hyvinvointialue ei voi hankkia ympärivuorokautisen päivystyksen palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta. Yksinomaan itsemaksavien asiakkaiden varassa toimiminen ei yöpäivystyksen osalta ole todennäköistä. Sen sijaan

⁶⁴ Tevameri, Terhi (2024) Sote-palveluala. Työelämän sekä yksityisen sektorin viimeaikaiset kehityssuunnat. TEM toimialaraportit 2024:2.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165580/TEM_2024_2_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

yritystoiminnalle voisi syntyä mahdollisuuksia tuottaa ilta- ja viikonloppuaikaista vastaanottoa tai muita esimerkiksi kotiin vietäviä tai liikkuvia palveluita tai digitaalisia palveluita joko hyvinvointialueiden hankkimana tai kansalaisten itsensä rahoittamana. Välimatkojen lisääntyessä päivystyksiin, voi osin tulla tarve ensihoitopalvelun kapasiteetin ja muun kuljetus- ja matkustuskapasiteetin lisäämiselle. Tämä voi lisätä yritysten palveluiden kysyntää.

Taulukko 20. Sote-palvelualan liikevaihto alatoimialaoloittain ja yrityskokoluokittain vuonna 2022⁶⁵.

	Liikevaihto, oikeudelliset yksiköt (1000 euroa)			
	Q Terveys- ja sosiaalipalvelut (86-88)	86 Terveyspalvelut	87 Sosiaalihuollon laitospalvelut	88 Sosiaalihuollon avopalvelut
<i>Yhteensä</i>	<i>10 617 045</i>	<i>6 690 288</i>	<i>2 840 775</i>	<i>1 085 982</i>
0 - 4 henkeä	2 119 400	1 904 346	69 048	146 006
5 - 9 henkeä	380 633	210 921	...	...
10 - 19 henkeä	505 058	176 987	214 391	113 680
20 - 49 henkeä	852 789	304 278	409 654	138 857
50 - 99 henkeä	878 091	409 526	320 572	147 993
100 - 249 henkeä	945 866	497 238	329 123	119 505
250 - 499 henkeä	1 205 245	883 590	239 502	82 153
500 - 999 henkeä	755 477	366 821	...	...
1 000 henkeä tai enemmän	2 974 488	1 936 581	821 638	216 269

On todennäköistä, että ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköiden vähetessä vähenee myös niissä käytetyn vuokratyövoiman tarve. Tämä koskee erityisesti lääkäripäivystäjiä tietyissä sairaaloissa ja yksiköissä. Näin ollen vuokratyömarkkina pienenee. Kokonaisuutena ei muutoksella kuitenkaan voida arvioida olevan merkittävää vaikutusta henkilöstövuokrausta harjoittavien yritysten markkinaa. Ympärivuorokautisen päivystystoiminnan osuus henkilöstövuokrauksen 600 miljoonan euron kokonaiskustannuksesta vuonna 2023 oli noin 6 prosenttia. Merkittävin osuus henkilöstövuokrauksesta kohdentuu muihin eli esimerkiksi terveydenhuollon perustason vastaanottopalveluihin sekä ikäihmisen palveluihin.

⁶⁵ Tilastokeskus, yritysten rakenne- ja tilinpäätöstilasto

Esitys vaikuttaa Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n toimintaan. Mainittu yritys tuottaa merkittävän osan Kemlin Länsi-Pohjan sairaalan toiminnasta. Lapin hyvinvointialueen ja yrityksen välistä hankintasopimusta on jo aiemmin muutettu siten, että sairaalan päivystyspalvelut ja merkittävä osa lääkäriyöpanoksesta siirtyvät hyvinvointialueen tuottamiksi vuoden 2025 alusta. Lapin hyvinvointialueen ja yrityksen on esityksen vaikutuksesta neuvoteltava ja tehtävä lainsäädännön aiheuttamat uudet muutokset palveluiden hankintasopimukseen. Myös muiden hyvinvointialueiden ostopalvelusopimuksiin voidaan joutua tekemään muutoksia.

Esityksessä ehdotetaan säädettävän edellytyksistä, joiden perusteella hyvinvointialue voisi hankkia leikkauksia ja eräitä muita toimenpiteitä yksityiseltä palveluntuottajalta. Sääntelyn osittainen höllentäminen voimassa olevaan sääntelyyn nähden luo yksityisille palveluntuottajille mahdollisuuksia palveluidensa myymiseen. Anestesiassa tehtävien kevyempien toimenpiteiden aiempaa vapaampi toteuttaminen myös muissa toimintayksiköissä kuin ympärivuorokautista päivystystä ylläpitävissä sairaaloissa voi lisätä yritystoiminnan mahdollisuuksia. Esimerkiksi anestesiassa tehtävää hammashoitoa tai siihen liittyvää anestesiaosaamista voi hyvinvointialue hankkia yksityiseltä, suuremmalta tai pienemmältä, palveluntuottajalta tai ammatinharjoittajalta.

Päivä- ja lyhytjälkihoitoisen kirurgian hankinta yksityiseltä palveluntuottajalta olisi mahdollista, mikäli hankinnan periaatteista on sovittu yhteistyöalueen yhteistyösopimuksesta. Kyseessä on merkittävä muutos verrattuna voimassa olevaan lakiin, jonka pohjalta tällainen hankinta ei ole ollut mahdollista. Nyt esityksen mukaan mahdollistuva hankinta laajentaa yksityisen leikkaussalikapasiteetin ja osaamisen hyödyntämistä ja luo yrityksille mahdollisuuksia. On todennäköistä, että hyvinvointialueiden tekemä hankinta kohdistuisi enemmän suuriin terveysalan yrityksiin, joilla on jo olemassa asianmukainen infrastruktuuri ja laitteistot.

Säännösehdoitusten mukaan hyvinvointialue voisi hankkia terveydenhuoltolain 45 §:n 3 momentissa tarkoitettua niin sanottua raskasta kirurgiaa ainoastaan sellaiselta palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen terveydenhuoltolain 50 §:n 3 tai 4 momentissa tarkoitettun yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys. Säännös koskee kaikkia yksityisiä palveluntuottajia. Tällä hetkellä edellytykset täyttävät hyvinvointialueiden omistamat yritykset Coxa ja Tays Sydänsairaala, jotka tuottavat sairaanhoitopalveluja hyvinvointialueille. Ehdotetut säädösmuutokset eivät aiheuttaisi muutoksia näiden julkisomisteisten osakeyhtiöiden toimintaan. Sääntely ei estäisi perustamasta muita yrityksiä, joilta voidaan hankkia leikkaustoimintaa, jos ehdotetussa säännöksessä säädetyt edellytykset, sekä muut yhtiöitä koskevat edellytykset täyttyvät. Edellytysten täyttäminen käytännössä kuitenkin edellyttäisi yhteistoimintaa sen hyvinvointialueen kanssa, jonka sairaalan yhteyteen yritys perustettaisiin.

Ehdotettu sääntely tarkoittaa, ettei hyvinvointialue ja HUS-yhtymä voisi hankkia 45 §:n 3 momentin mukaista leikkaustoimintaa sellaiselta paikkakunnalla olevalta sairaalalta, jossa ei tämän esityksen mukaan jatkossa enää voisi ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä, vaikka sairaala esimerkiksi muutettaisiin toimimaan hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan yhteisyritykseksi. Jämsässä toimivan Jokilaakson sairaalan palveluntuottajana on Jokilaakson Terveys Oy. Sairaala on toteutettu leikkaustoimintaa. Kyseisestä sairaalasta ei hyvinvointialue voisi hankkia 45 §:n 3 momentin mukaista leikkaustoimintaa, mutta voisi hankkia ehdotetun sääntelyn mukaista päiväkirurgiaa, mikäli hankinnan periaatteista olisi sovittu yhteistyösopimuksessa.

4.2.1.4 Vaikutukset kotitalouksiin

Esitetyillä muutoksilla ei ole merkittäviä taloudellisia vaikutuksia kotitalouksien asemaan. Lakimuutoksilla on vähäisiä vaikutuksia sellaisten kotitalouksien taloudelliseen asemaan, jotka asuvat lakimuutosten kohteena olevilla hyvinvointialueilla. Muualla asuviin kotitalouksiin muutosehdotuksilla ei ole vaikutusta.

Toimintojen keskittämisen seurauksena lakimuutosten kohteina olevilla hyvinvointialueilla osalla potilaista matka hoitopaikkaan pitenee, jos potilas tarvitsee päivystyksellistä sairaanhoitoa yöaikaan. Keskeisimmät taloudelliset vaikutukset kotitalouksille ja potilaille aiheutuvat tilanteissa, joissa päivystys- ja sairaalapalvelujen sijainti siirtyy kauemmas hoitoa tarvitsevan potilaan asuinpaikasta ja syntyy aiempaan tilanteeseen verrattuna kalliimpia kuljetus- ja matkakustannuksia. Kansaneläkelaitos (Kela) korvaa terveydenhuoltoon kohdistuvia matkoja sairausvakuutuslainsäädännön nojalla lähimpään julkisen terveydenhuollon yksikköön, jossa potilaan tarvitsemaa hoitoa on saatavilla, eikä kuljetusmatkan pidentymisellä siten ole vaikutuksia potilaan maksamaan osuuteen. Suoria taloudellisia kustannuksia kuljetusmatkojen pidentymisestä aiheutuu kotitalouksille ja potilaalle, jotka järjestävät matkan kokonaan omalla kustannuksellaan sekä niille, jotka etäisyyden pidentyessä joutuvat turvautumaan kuljetuspalvelun käyttöön.

Tämä esitys ei muuta sosiaali- ja terveystalouden käyttäjiltä perittäviä asiakasmaksuja. Hyvinvointialue päättää itsehallintonsa nojalla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen määrästä lainsäädännössä säädettyjen enimmäismäärien mukaisesti. Jos lakimuutoksesta johtuen hyvinvointialueen menot kasvavat, voi välillisesti aiheutua paine hyvinvointialueella perittävien asiakasmaksujen korottamiseen, mikäli ne eivät jo olisi laissa säädettyjen enimmäismäärien mukaisia. Tällaisissa tilanteissa kotitalouksien asiakasmaksurasitus kasvaisi, kohdejoukon tai euromääräisen korotuksen ei kuitenkaan arvioida olevan vähäistä suurempi laissa säädettyjen asiakasmaksujen enimmäismäärien takia. Hyvinvointialueet perivät nykyhetkellä tosiasiallisesti jo asiakasmaksulainsäädännön mahdollistamia enimmäismaksuja, joten tästä esityksestä ei siten arvioida seuraavan vähäistä enempää maksujen korotuksia.

Potilaille, jotka lainmuutosten takia siirtyvät käyttämään perusterveydenhuollon yöpäivystyksen sijasta erikoissairaanhoitotasoista päivystyspalvelua, asiakasmaksun määrä kasvaa 31,60 eurosta 46 euroon. Laskennallisesti siirtyvän potilasmäärän arvioidaan olevan noin 6 800 henkilöä vuodessa, jolloin asiakasmaksukertymä kasvaisi yhteensä noin 100 000 euroa. Potilaan yöaikaisen palvelun asiakasmaksu voi lainmuutoksesta johtuen olla siten aiempaa suurempi, mutta maksu kerryttää vuotuista asiakasmaksukattoa.

Hallitus on linjannut asiakasmaksujen korottamisesta painottaen erikoissairaanhoitoa. Tällä tavoitteellaan vuosittaisia 150 miljoonan euron lisätuloja vuodesta 2025 lähtien. Luonnos maksujen korottamisesta oli lausunnoilla kesällä 2024, ja on tarkoitus antaa yhtä aikaa tämän esityksen antamisen kanssa. Esityksessä ehdotetaan korotettavaksi 18 vuotta täyttäneiltä perittävää terveyskeskuksen ilta- ja yöaikaista sekä viikonloppuina perittävää käyntimaksua 22,5 % (jatkossa 38,70 euroa) sekä 18 vuotta täyttäneiltä perittävää terveyskeskuksen ja sairaalan yhteisesti sairaalassa järjestämän päivystyksen ilta- ja yöaikaista ja viikonloppuina perittävää käyntimaksua 45 % (jatkossa 66,70 euroa).

Lakimuutoksen arvioidaan aiheuttavan muutosten kohteena olevilla hyvinvointialueilla jonkin verran ensihoidon tarpeen kasvua, ja siten lisäävän jonkin verran näillä alueilla ensihoidon ambulanssikuljetusten määrän lisääntymistä ja kohteessa ilman kuljetusta tapahtuvaa ensihoitoa. Kotitalouksille ja potilaille näistä perittävät asiakasmaksut ovat hyvinvointialueilla keskimäärin samaa tasoa kuin sairausvakuutuksesta korvattavasta matkasta potilaan maksama

omavastuuosuus, eikä lakimuutoksilla arvioida siten olevan kotitalouksille vähäistä suurempaa vaikutusta.

Synnytyshoidon lakkaaminen Länsi-Pohjan sairaalassa voi lisätä tarvetta käyttää Rovaniemellä sijaitsevaa potilashotellia. Potilashotellissa potilaat voivat yöpyä, jos potilas tai synnytyshoitoa odottava ei tarvitse välitöntä sairaalahoittoa osastolla. Yöpymisrahaan on oikeus myös, jos raskaana oleva on joutunut lääkärin raskaudesta tekemän arvion vuoksi yöpymään terveydenhuollon toimintayksikön läheisyydessä ja hänelle on todistettavasti aiheutunut yöpymisestä kustannuksia. Kela maksaa yöpymisrahaa sairausvakuutuslain nojalla jokaiselle korvaukseen oikeutetulle enintään 20,18 euroa vuorokaudessa, jos potilashotellin käyttö on hoidon vuoksi tarpeen. Lainmuutoksesta yöpymisrahan korvausten määrään aiheutuvaa valtion talouteen kohdistuvaa taloudellista vaikutusta on pidettävä vähäisenä.

4.2.1.5 Aluetalousvaikutukset

Lainmuutosten vaikutuksia aluetalouteen on tarkasteltu niissä maakunnissa, joita toimet tulisivat koskemaan. Aluetaloudellinen skenaario on tuotettu laskennallisilla FINAGE/REFINAGE-tasapainomalleilla, joita on käytetty jo pitkään kansantalouden pitkän aikavälin kehityksen arviointiin, laskentamalleja on kuvattu useissa julkaisuissa (Honkatukia 2009, 2013, 2019)⁶⁶. Mallinnuksessa ei tehty oletuksia vaikutuksista henkilöstötarpeeseen, vaan säästöpotentiaali on kuvattu terveydenhuollon rahavirtojen muutoksena. Laskentamalli muodosti arvion vaikutuksista työvoiman kysyntään koko aluetaloudessa, ei vain terveydenhuollossa, ja muutokset heijastuisivat myös naapurimaakuntiin.

Kaikkiaan vaikutukset aluetalouteen jäisivät pienemmiksi kuin julkisen kysynnän supistuminen. Vaikutukset aluetalouteen syntyisivät julkisen kysynnän uudelleensuuntautumisesta. Vaikutukset syntyvät julkisen kysynnän supistumisesta, joko kohdistuu suurimpana Pohjois-Pohjanmaan, Varsinais-Suomen, Etelä-Savon, Lapin ja Kymenlaakson hyvinvointialueille, joita muutosten merkittävimmät vaikutuksetkin koskevat. Julkisen kysynnän muutokset heijastuvat talouden muillekin sektoreille. Julkisen kysynnän supistuminen pienentää kotimaista kysyntää kaikilla niillä alueilla, joihin muutokset kohdistuvat. Koska kuitenkin julkisen kysynnän supistuminen heijastuisi myös alueelle suuntautuvaan tuontiin (esimerkiksi terveydenhuollossa käytettävät laitteet), tämä puolestaan vähentäisi aluetalouden supistumista. Niillä alueilla, joilla on vientiteollisuutta, aluetalous suuntautuisi aiempaa enemmän vientiin julkiseen kysynnän sijaan. Koko kansantalouden tasolla kansantuote ei juurikaan kasva, koska syntyneitä säästöjä ei palautettaisi esimerkiksi alemman verotuksen muodossa kotitalouksille, vaan ne oletetaan käytettävän julkistalouden vajeen kattamiseen.

Aluetaloutta mitattiin arvonlisällä, joka kuvaa kokonaistuotantoa. Vaikutukset laskisivat arviolta alueellista tuotantoa 0,01–0,03 prosenttia niissä maakunnissa, joita säästöpotentiaalit koskisivat. Nämä eivät olisi kovin suuria vaikutuksia, koska kaikkien maakuntien talous on keskipitkällä aikavälillä kasvussa. Aluetaloudessa ehdotetut lainmuutokset aikaansaisivat muutoksia kaikilla toimialoilla, ei vain terveydenhuollossa, mutta muutokset olisivat siis hyvin pieniä. Terveydenhuollon osalta esityksen vaikutukset olisivat suurimmat Etelä-Savossa,

⁶⁶ Honkatukia, Juha & Lehtomaa, Jere & Alimov, Naufal & Huovari, Janne & Ruuskanen, Olli-Pekka (2019) Alueellisen taloustiedon tietokanta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:41.

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161655/VNTEAS_2019_41_Aluellisten_taloustilastojen_tietokanta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pohjois-Pohjanmaalla sekä Lapissa. Etelä-Savon aluetalous on riippuvaisempi julkisesta kysynnästä.

Alueiden elinvoiman näkökulmasta lainmuutosten kohteena olevissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa olisi henkilöitä, joilla olisi halukkuutta toteuttaa asuinpaikan muutos. Harkinnassa tärkeitä voisivat olla työpaikan ohella asuntotarjonta ja esimerkiksi päivähoito ja koulut. Siten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutoksilla voisi olla jossain määrin vaikutuksia myös maantieteellisen alueen muiden toimialojen yritysten toimintamahdollisuuksiin ja -näkyymiin.

Toisaalta ihmisille tärkeiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen poistuminen alueelta voisi heikentää alueelle muuttohalukkuutta, ja poismuuttavien ammattilaisten puoliset tai perheenjäsenet voisivat myös hakeutua työhön uudelle paikkakunnalle ja olisivat siten pois alueen työvoimasta. Liikkuminen työn perässä, niin kutsuttu pendelöinti, on kuitenkin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa, esimerkiksi sairaanhoitajista työn perässä säännöllisesti liikkui 19 500 henkilöä eli 32,4 prosenttia sairaanhoitajista vuonna 2019⁶⁷. Pendelöintiin saattaa vaikuttaa liikennevälineiden käyttömahdollisuuksien lisäksi myös työmatkan turvallisuus ja kesto, kuten teiden kunto ja ruuhkat.

Alueiden elinvoiman näkökulmasta on arvioinnissa huomioitava mahdollinen sosiaali- ja terveydenhuollon harjoittelupaikkojen vähentyminen ja harjoittelujen ohjauspaineen siirtyminen isompiin kasvukeskuksiin. Tämä voi osaltaan vaikuttaa opiskelijoiden asuinpaikan valintaan ja myös hidastaa tai pahimmillaan jopa vähentää sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisten valmistumista.

Suorien aluetaloudellisten ja työllisyysvaikutusten ohella sairaaloiden palveluvalikoiman muutoksilla voi olla vaikeammin määriteltäviä, epäsuoria vaikutuksia kaupunkien ja seutujen elinvoimalle. Kyse voi yhtäältä olla kaupungin veto- ja pitovoimasta, jolloin arvioitavaksi tulee sekä julkisten että yksityisten palveluiden muodostama kokonaisuus ja sen merkitys nykyisten ja tulevien asukkaiden sekä elinkeinoelämän näkökulmasta. Lähtökohtaisesti esityksessä on kyse verrattain maltillisesta muutoksesta, jolloin sillä ei todennäköisesti ole yksittäisenä toimenpiteenä juurikaan merkitystä alueen koko elinvoiman kannalta. Heikon väestöllisen tai aluetaloudellisen kehityksen alueilla julkisten palveluiden heikennykset voivat kuitenkin kasautuessaan vaikuttaa negatiivisesti.

Elinvoimavaikutuksia voi lähestyä myös paikallisen resilienssin eli muutosjoustavuuden käsitteen kautta. Resilienssissä on kyse kaupunkien tai alueiden kyvystä toipua taloudellisista shokeista tai häiriöistä. Resilienssikeskustelussa yhteiskunnan julkisen sektorin kohtaamat taloudelliset, sosiaaliset sekä kulttuurilliset muutokset ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Alueelliseen muutosjoustavuuteen vaikuttavat niin paikalliset olosuhteet (kuten demografinen profiili, koulutus, yritys- ja poliittinen kulttuuri), yleiset olosuhteet (yhteiskunnalliset taloudelliset, poliittiset ja toiminnalliset rakenteet) sekä toiminnan ja toimijuuden merkitys.

⁶⁷ Tilastokeskus 1.11.2019

4.2.2 Toiminnalliset vaikutukset hyvinvointialueisiin

4.2.2.1 Vaikutukset väestölle avoimeen perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon ympärivuorokautiseen päivystykseen

Käytännön seurauksena väestölle avoimen perusterveydenhuollon ympärivuorokautista päivystyksen sääntelystä olisi, ettei tällaista päivystystä voisi enää järjestää Iisalmessa, Jämsässä, Raahessa ja Varkaudessa, joissa nykyisin sellainen on toiminut sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla. Näistä yksiköistä potilaat tulisi ohjata yöaikaan (eli kello 22-7 välillä) monierikoisalaan ympärivuorokautiseen päivystykseen yliopistolliseen tai keskussairaalaan ellei palvelutarpeeseen voitaisi vastata ensihoitopalvelun, etä- ja digipalveluiden ja muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden avulla ja ellei tarve ole sellainen, joka voi odottaa arviointia aamuun. Käytännössä potilaita ohjattaisiin Iisalmesta ja Varkaudesta Pohjois-Savoon Kuopion yliopistolliseen sairaalaan, Jämsästä Keski-Suomen (Jyväskylän) keskussairaalaan sekä Raahesta Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Kouvolasta osa potilaista ohjautuisi Kymenlaakson (Kotka) keskussairaalaan. Alueellisten ratkaisujen kautta voisi osa potilaista ohjautua palvelutarpeen mukaisesti muihin lähihyvinvointialueiden ympärivuorokautisiin päivystyksiin. Jo nykyisin ohjataan vaativinta diagnostiikkaa tai monierikoisalaista kiireellistä hoidon tarpeen arviointia ja jatkohoittoa tarvitsevat potilaat keskus- ja yliopistollisiin sairaaloihin joko suoraan ensihoitopalvelun toimesta tai yllä mainituista päivystysyksiköistä hoidon tarpeen arvion jälkeen lähetettynä.

Ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen mahdollisuus jäisi nykyisinkin toimiviin Ivaloon, Kemiin, Kouvolaan, Kuusamoon, Pietarsaareen, Raaseporiin ja Savonlinnaan. Kemissä ja Savonlinnassa olisi mahdollisuus vaihtoehtona ympärivuorokautiselle perusterveydenhuollon päivystykselle ylläpitää rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä. Hyvinvointialueen, jonka alueella nämä paikkakunnat sijaitsevat sekä Uudellamaalla HUS-yhtymän tulisi arvioida, onko ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpito perusteltua etäisyyksien tai esimerkiksi kielellisten oikeuksien toteutumisen kannalta, suhteessa käytettävissä oleviin muihin palveluihin, erityisesti ensihoitoon, sekä käytettävissä oleviin henkilöresursseihin ja niiden kustannuksiin. Tällaisen päivystyksen ylläpito olisi hyvinvointialueille, kuten nytkin, mahdollisuus, ei velvollisuus.

Väestölle avointa monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä ei voisi esityksen mukaan enää järjestää Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloilla. Lainsäädännön muutokset koskevat ympärivuorokautista eli yöaikaista eli klo 22–7 väestölle avointa päivystystä, joskin muutoksilla on heijastusvaikutuksia myös päiväaikaan toimintaan tiettyjen potilasryhmien osalta. Esityksen käytännön vaikutuksena yöaikaisten uusien potilaiden kiireellisen hoidon palveluita ei voitaisi Oulaisissa, Salossa ja Valkeakoskella toteuttaa erikoissairaanhoidossa eikä myöskään perusterveydenhuollossa. Väestö tulisi ohjata yöaikaan hakeutumaan monierikoisalaan ympärivuorokautiseen päivystykseen yliopistolliseen tai keskussairaalaan ellei palvelutarpeeseen voitaisi vastata ensihoitopalvelun, etä- ja digipalveluiden ja muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden avulla ja ellei tarve ole sellainen, joka voi odottaa hoidon tarpeen arviointia sellaisena ajankohtana, kun kyseisissä yksiköissä kiireellisen hoidon palveluita on saatavissa. Jo nykyisin ohjataan vaativinta diagnostiikkaa tarvitsevat potilaat sekä ohjataan kiireellistä hoidon tarpeen arviointia ja jatkohoittoa tarvitsevat potilaat sellaisilla erikoisaloilla, joita näissä sairaaloissa ei ole (ml. yliopistosairaaloihin keskitetyt erikoisalat), myös yllä mainituista sairaaloista keskus- ja yliopistollisiin sairaaloihin joko suoraan ensihoitopalvelun toimesta tai yllä mainituista päivystysyksiköistä hoidon tarpeen arvion jälkeen lähetettynä. Kemissä ja Savonlinnassa uusia potilaita voitaisiin ottaa vastaan yöaikaan joko perusterveydenhuollon tai rajatun erikoissairaanhoidon päivystyksessä, tehdä hoidon tarpeen arvio ja alustava hoitosuunnitelma

sekä ottaa potilas sairaalan vuodeosastolle, mikäli potilaan potilasturvallinen jatkohoito pystytään kyseisessä sairaalassa toteuttamaan. Päivystykseen tullut potilas on ohjattava näiden sairaaloiden päivystyksestä eteenpäin, mikäli tilanne edellyttää arviointia monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen yksikössä tai jatkohoittoa yliopistollisessa tai keskussairaalassa.

Käytännössä potilaita ohjattaisiin yllä kuvatuista sairaaloista Lapin keskussairaalaan (Rovaniemi) ja Etelä-Savon keskussairaalaan (Mikkeli) sekä Oulun, Turun ja Tampereen yliopistollisiin sairaaloihin.

Edellä mainittuihin ja myös muihin sairaaloihin voidaan kuitenkin ottaa myös yöllä sellainen potilas esimerkiksi ensihoitopalvelun tuomana, jolle on tehty hoitosuunnitelma keskus- ja/tai yliopistollisen sairaalan ympärivuorokautista päivystystä konsultoiden, tai jolle aiemmin perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa on tehty sellainen hoitosuunnitelma, jonka mukaan potilasturvallinen hoito on toteutettavissa sairaalan vuodeosastolla. Tällaisia potilaita voivat olla esimerkiksi saattohoitopotilaat tai pitkäaikaissairauksien vuoksi toistuvia sairaalajaksoja tarvitsevat, mutta jotka eivät tarvitse yöllä tarkempaa uutta hoidon tarpeen arviota tai tutkimuksia.

Oulaisten, Salon ja Valkeakosken sekä Kemin ja Savonlinnan sairaaloissa voisi edelleen olla hyvinvointialueen päättämänä eri erikoisalojen poliklinikkatoimintaa sekä klo 7-22 välisenä aikana väestölle avoimia eli uusien potilaiden vastaanottoa varten resurssoituja päivystyspalveluita sekä perusterveydenhuolto- että erikoissairaanhoidotasoisena. Lisäksi näissä sairaaloissa voisi olla hyvinvointialueen päätöksen mukaisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, esimerkiksi sisätautien, vuodeosastoja, mutta ei kuitenkaan kirurgisia vuodeosastoja. Myös esimerkiksi valvontaosasto olisi mahdollista, mikäli osaaminen ja potilasturvallisuus on hyvinvointialueen toimesta varmistettu. Kuitenkin myös päivääkaan sellaiset potilaat, joiden potilasturvallinen hoito edellyttäisi monierikoislaista yöaikaista päivystystä tai ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta, ohjattaisiin jatkossa keskus- ja yliopistollisiin sairaaloihin. Kello 07–22 välillä kaikki hyvinvointialueet, siis muutkin kuin näitä nimettyjä sairaaloita ylläpitävät, voisivat päättää sairaaloidensa ja toimintayksiköidensä väestölle avoimen kiireellisen hoidon toteuttamisesta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osalta.

Kaikissa sairaaloissa voisi lisäksi olla sairaalan vuodeosastolla jo olevien potilaiden potilasturvallisen hoidon edellyttämä päivystys (niin sanottu sairaalan sisäinen päivystys) ympärivuorokautisesti. Tämän (lääkäri)päivystyksen muodosta päättää hyvinvointialue osastoilla olevien potilaiden profiilin, terveydentilan ja potilasturvallisuuden perusteella ja se voi toteutua läsnä-, varallaolo- tai etäpäivystyksenä. Tällöin sairaalassa ei kuitenkaan voisi olla erikseen varattuna yöaikaan henkilökuntaa tai tarvittavia diagnostiikkapalveluita uusien potilaiden vastaanottamiseksi, hoidon tarpeen arvioimiseksi, hoitosuunnitelman tekemiseksi tai hoidon antamiseksi.

Aikariippuvaisten hätätilanteiden (aivoverenkiertohäiriöt, sydäntapahtumat) osalta on varmistettava mahdollisimman nopea hoitoon pääsy eri alueilla, ja palveluverkon sekä konsultaatiokäytäntöjen on tältä osin oltava riittävät. Kyse on nykyisinkin aina tasapainoilusta sen kanssa, milloin potilas kannattaa matkan ja ajan näkökulmasta kuljettaa suoraan yksikköön, jossa myös koko jatkohoito voidaan toteuttaa (eli käytännössä monierikoisalaisiin ympärivuorokautisiin päivystyksiin) ja toisaalta milloin kannattaa tehdä esimerkiksi kuvantamistutkimuksia ja aloittaa hoito jossakin kapeamman palveluvalikoiman päivystysyksikössä ennen jatkohoitoon siirtämistä. Alueelliset hoito-ohjeet ensihoitopalvelulle ja eri toimintayksiköille ovat tässä valinnassa oleellisessa roolissa. Aikariippuvaisten tilanteiden

hoito voidaan osin aloittaa ja toteuttaa etäkonsultaatioiden tuella hyödyntäen kussakin toimintayksikössä olevaa osaamista sekä diagnostisia mahdollisuuksia. Tällainen käytäntö voisi olla esimerkiksi Kouvolan Ratamokeskuksen tietokonekerroskuvauksen hyödyntäminen aivoverenkiertohäiriöepäilyssä ja hoidon aloittaminen kuvauksen ja keskussairaalan tai yliopistollisen sairaalan neurologin konsultaation perusteella. Kaikista henkeä uhkaavimmissa tilanteissa on tärkeintä nopea ja osaava ensihoitotoiminta -tarvittaessa lääkärihelikopteritoiminnalla tuettuna- sekä kuljettaminen kattavan palveluvalikoiman sairaalaan. Väestölle, palvelujärjestelmälle ja esimerkiksi ensihoitopalvelulle on tärkeää, että on sovittu ja selkeää, missä mitään potilasryhmää hoidetaan. Kymenlaakson alueella ensihoitopalvelun palvelutasoa parantaa nykyisestä myös vuonna 2025 toimintansa aloittava FinnHEMS oy:n Kouvolan tukikohta.

Hyvinvointialueille vuonna 2024 tehdyn kyselyn mukaan on yöaikaisia (klo 22–07) potilaita asioinut vuonna 2023 päivystyksessä keskimäärin (mediaani) Kemissä 9 kpl/yö, Oulaisissa 10 kpl/yö, Salossa 6 kpl/yö, Savonlinnassa 4 kpl/yö ja Valkeakoskella 14 kpl/yö. Luvuissa ovat mukana sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon hoidossa olleet potilaat. Esitettyjen muutosten myötä osa näistä potilaista siirtyisi hoidettavaksi suurempiin sairaaloihin, mutta eivät kaikki. Arvion mukaan potilasmäärät eivät edellyttäisi merkittävää henkilöstön lisärekrytointia vastaanottavien sairaaloiden päivystyksiin.

Sen sijaan ensihoitokapasiteettiin voi aiheutua lisästarvetta, mitä on tarkemmin avattu kohdassa 4.2.2.4. Tarvetta on integroida vahvemmin alueen päivystyspalveluiden kokonaisuus, vahvistaa ensihoitopalvelua ja järjestää väestölle riittävät ja laadukkaat etäasioinnin mahdollisuudet päivystysaikaisen tehtävämäärän minimoimiseksi. Lisäksi ensihoitopalvelun mahdollisuuksia potilaan hoitamiseksi jo kohteessa ja kuljettamiseksi tarkoituksenmukaisimpaan tutkimus- ja hoitopaikkaan on edistettävä alueilla, joita muutos koskee.

Väestörakenne ja väestön ikääntyminen edellyttävät useilla hyvinvointialueilla toiminnan painotuksen siirtämistä asteittain konservatiivisten erikoisalojen ja yleislääketieteen vuodeosastotoimintojen sekä erityyppisten kuntoutus- ja arviointiyksiköiden, asumispalveluiden ja kotiin vietävien palveluiden suuntaan. Sairaaloiden ja vuodeosastojen toiminnan tulee muuttua väestörakenteen tarpeita vastaavaksi.

Vastaanottavien sairaaloiden vuodeosastokapasiteetin riittävyys vastaamaan näiden lisäpotilaiden hoitoon vaatii alueilla suunnitelmia siten, että koko käytettävissä oleva vuodeosastokapasiteetti on mahdollisimman hyödyllisessä käytössä. Suunnitelmat kannattaa tehdä myös yhteistyöalueittain ja muiden lähihyvinvointialueiden kanssa rajat ylittäen. Suurimmassa roolissa on se, että sairaaloiden vuodeosastoilla on hoidossa mahdollisimman tarkoituksenmukaisia potilaita mahdollisimman järkevän ajan. Tämän esityksen aiheuttamien uusien potilasvirtojen sijaan oleellisempaa vuodeosastopaikkojen riittävyydelle on varmistaa riittävät jatkohoitopaikat sairaalahoidon tarvitsemattomille esimerkiksi asumispalveluissa, perustason vuodeosastoilla tai kotona kotisairaalan tai sosiaalipalveluiden turvin. Myöskin sairaalaosastojen päivystysmahdollisuus osaltaan edesauttaa jatkuvaa kotiuttamismahdollisuuksien arviointia.

Sairalahoidon optimoimiseksi tulee lisäksi hyödyntää kattavasti etäkonsultaatioita sekä vielä avohoidossa olevien, että jo sairaalahoidossa olevien potilaiden osalta. Näin sairaalajaksot eivät ala eivätkä pitkity, ellei potilas tarvitse sairaalahoidon. Hyvinvointialueiden kannattaa selvittää yhteisiä päivystysrinkejä ja etäkonsultaatioita myös yhteistyöaluetasoisena ja kansallisinakin. Osaamisen varmistaminen voimakkaastikin keskitettynä on mielekästä silloin, kun kyseessä on harvinaiset sairaudet tai ongelmat, ja erityisosaamista on olemassa rajoitetusti.

4.2.2.2 Vaikutukset leikkaustoimintaan ja tiettyihin toimenpiteisiin

Esityksellä on tarkoitus keskittää raskain ja vaativin, ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta edellyttävä kirurginen toiminta yliopistollisiin sairaaloihin ja keskussairaaloihin. Toiminnallisesti tämä tarkoittaa myös muun muassa vaativan postoperatiivisen tehohoidon keskittymistä suurimpiin sairaaloihin. Kaikki edellä mainitut toiminnot ovat sellaisia, jotka edellyttävät määrältään riittävää ja osaavaa monialaista ja moniammatillista henkilöstöä, tukipalveluja sekä erityisiä sairaalatiloja ja osin huomattavan kallista erityislaitteistoa. Erityisen raskasta henkilöstöresurssin kannalta on ympärivuorokautisen leikkaustoiminnan edellyttämien tiimien valmiuden ylläpito.

Raskasta kirurgista hoitoa keskittämällä on helpompi varmistaa osaavaa henkilöstöä ympärivuorokautisesti päivystävään sairaalaan ilman epätarkoituksenmukaisia järjestelyjä tai kustannuksia. Niitä syntyy, mikäli joudutaan käyttämään esimerkiksi vuokratyövoimaa eri ammattiryhmissä. Leikkaustoiminnan ympärivuorokautisen päivystysvalmiuden ylläpito on kriittistä yhteiskunnan näkökulmasta ja sen on toteuduttava kaikissa oloissa.

Nimetyissä sairaaloissa jää mahdollisuus tehdä päiväkirurgisia toimenpiteitä. Raskasta kirurgiaa vastaanottavien sairaaloiden leikkaussalien ja laitteistojen riittävyyttä voidaan edesauttaa ohjaamalla päiväkirurgiaa keskus- ja yliopistollisista sairaaloista Länsi-Pohjan, Oulaskankaan, Salon, Savonlinnan ja Valkeakosken sairaaloihin sekä sellaisiinkin HUS-yhtymän sairaaloihin, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä.

Lisäksi leikkaussalien kapasiteetin riittävyyttä keskus- ja yliopistollisissa sairaaloissa voidaan parantaa hankkimalla päiväkirurgiaa myös muilta palveluntuottajilta. Päiväkirurgisten toimenpiteiden hankinnan mahdollisuus on yksi keino saada hoitojonoja lyhenemään. Toisaalta raskasta kirurgiaa ei hyvinvointialueiden ole mahdollista hankkia kuin tietyt edellytykset täyttäviltä yksityisiltä palveluntuottajilta. Myös tämän arvioidaan tukevan hyvinvointialueiden henkilöstön riittävyyttä ympärivuorokautisen leikkaustoiminnan valmiuden järjestämiseen.

Esitys mahdollistaa myös sellaisten polven ja lonkan primaarien tekonivelleikkausten hankinnan, jotka potilaskohtaisesti lähtökohtaisesti suunnitellaan tehtäväksi päiväkirurgisena toimenpiteenä. Tämä edellyttää hyvinvointialueen tekevän potilasvalinnan siten, että potilasturvallisuus toteutuu mahdollisimman hyvin. Käytännössä tällaisiin hankittaviin leikkauksiin ohjautuisi muutoin terveydentilaltaan hyviä ja vähäriskisiä potilaita. Valtaosa tekonivelkirurgiasta edellyttää edelleen vuodeosastolla tapahtuvaa seuranta leikkauksen jälkeen, joten monisairaat ja riskipotilaat sekä vaativimmat tekonivelleikkaukset jäisivät hoidettavaksi keskus- ja yliopistollisiin sairaaloihin, joissa on kattavat jatkohoitomahdollisuudet myös poikkeavien ja komplisoituneiden tilanteiden varalle. Hyvinvointialueen tulisi yllä kuvattuja leikkauksia hankkiessaan sopia yksityisen palveluntuottajan kanssa menettelyt, että päiväkirurgisen tilanteen komplisoituessa potilaan ohjaaminen jatkohoitoon on mahdollisimman sujuva. Hankittujen päiväkirurgisten leikkausten aiheuttama mahdollinen jatkohoidon tarve on otettava huomioon keskus- ja yliopistollisten sairaaloiden ympärivuorokautista toimintaa suunniteltaessa.

Päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia olisi mahdollista 30.6.2028 saakka suorittaa väliaikaisena toimintana hoitojonojen purkamiseksi myös Länsi-Pohjan, Oulaskankaan, Salon, Savonlinnan ja Valkeakosken sairaaloissa sekä sellaisissa HUS-yhtymän sairaaloissa, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Käytännössä oletettavaa on, että mahdollisuutta hyödynnetään Länsi-Pohjan, Oulaskankaan ja Savonlinnan sairaaloissa, joissa tällä hetkellä on leikattu tekonivelleikkauksia, vaikka

lainsäädäntö periaatteessa mahdollistaa tällaisen leikkaustoiminnan muissakin mainituissa sairaaloissa.

Potilasvirtojen osalta sairaaloiden yhteistyötä ja työnjakoa sekä leikkaussalikapasiteetin riittävyyttä tulee tarkastella yli hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden rajojen myös leikkaustoiminnan ja tarvittavan jatkohoidon osalta. Hyvinvointialueet voivat sopia tiettyjen leikkausten toteuttamisesta vain tietyissä sairaaloissa, leikkausvolyyymien jakamisesta siten, että kapasiteetti on optimaalisessa käytössä ja myös yhteisestä henkilöstöresurssista. Hyvinvointialueilla tulee olemaan suunnitteluaikaa esitettyjen ehdotusten toimeenpanemiseksi vuoden 2025 loppupuolelle saakka. Osin alueet ovat jo omatoimisesti aloittaneet samansuuntaisiin toimenpiteisiin valmistautumisen henkilöstön riittävyyden ja taloudellisen tilanteen vuoksi.

Päiväkirurgian yllä kuvattujen muutosten ja sen, että tiettyjä anestesiassa tapahtuvia kevyitä toimenpiteiden voisi tehdä muuallakin kuin ympärivuorokautisissa yksiköissä, sekä näiden kummankin hankinnan mahdollisuuden, esitetään tulevan mahdolliseksi jo 1.1.2025 alkaen. Tällä aikaistuksella toivotaan muutosten toimeenpanon vauhdittuvan sekä saatavuuden paranevan ja hoitojonojen lyhenevän jo ennen 1.10.2025 muiden lakimuutosten voimaantuloa. Esityksellä helpotetaan hyvinvointialueiden pysymistä hoitotakuun enimmäisajoissa, mihin Valvira on kohdistanut valvontatoimia kevään 2024 aikana.

4.2.2.3 Vaikutukset synnytysten hoitoon

Esityksen mukaan kaikilla hyvinvointialueilla säilyisi yksi yliopistollinen sairaala tai keskussairaala, joissa voisi hoitaa synnytyksiä. Uudellamaalla HUS-yhtymä päättäisi sairaaloidensa palveluvalikoimasta myös synnytysten osalta. Voimaan jäisivät lisäksi muut aiemmat synnytysten hoidon edellytykset vuosittaisista sairaalakohtaisista lukumääristä, tarvittavasta henkilöstöstä sekä muista seikoista. Käytännön vaikutuksena vain Länsi-Pohjan sairaalan synnytysten hoito siirtyisi 1.1.2026 alkaen toisiin sairaaloihin. Länsi-Pohjan sairaalassa hoidettujen synnytysten vuosittainen määrä on ollut varsin pieni jo vuosia (645 v. 2012, mistä vuosittain laskenut ollen 389 v. 2022). Sosiaali- ja terveysministeriö on useita kertoja jatkanut poikkeuslupaa, joka on voimassa 31.12.2025 saakka. Länsi-Pohjan sairaalan synnytysten hoidon siirtyminen ei edellytä vastaanottavissa Lapin keskussairaalassa ja Oulun yliopistollisessa sairaalassa lisärekrytointia tai lisätiloja vaan ne voidaan toteuttaa olemassa olevalla resursoinnilla.

Muihin synnytyksiä hoitaviin sairaaloihin ei esityksen pohjalta tulisi muutoksia. Synnytysten hoidon poikkeusluvat ovat voimassa 31.12.2027 saakka Etelä-Karjalan (Lappeenranta), Etelä-Savon (Mikkeli), Kainuun (Kajaani) ja Lapin (Rovaniemi) keskussairaloissa. Näiden lupien jatko tulee arvioitavaksi, kun uusia lupia haetaan.

Naistentautien ja synnytysten erikoisalalla voisi palvelutarpeen mukaan edelleen olla monipuolista gynekologista poliklinikkatoimintaa ja myös muun muassa äitiyspoliklinikkatoimintaa muissakin sairaaloissa ja toimintayksiköissä kuin synnytyksiä hoitavissa yksiköissä. Gynekologinen leikkaustoiminta olisi mahdollista siten, kuin leikkaustoiminnasta säädetään, samoin alan vuodeosastotoiminta. Näin ollen Länsi-Pohjan sairaalassa voisi jatkossa toteuttaa naistentautien päiväkirurgiaan tai lyhytjälkihoitoiseen kirurgiaan kuuluvia leikkauksia.

4.2.2.4 Vaikutukset ensihoitopalveluun

Väestö ottaa erilaisissa hätätilanteissaan yhteyttä hätänumeroon 112. Palveluverkon muutoksilla ei arvioida olevan väestön yhteydenottoja sinänsä lisäävää vaikutusta eikä täten myöskään arvioida muutosten lisäävän esimerkiksi hätäkeskuslaitoksen työmäärää. Myöskään kansalliset ohjeet hätäkeskukselle siitä, millaisiin tilanteisiin ja millä kriteereillä yleisesti ohjataan ensihoitopalvelua, eivät muutu esityksen takia.

Ensihoitopalvelun kapasiteettia erityisesti ilta- ja yöaikaan ja toisaalta ensihoitopalvelun alueellista ja paikallista ohjeistusta siitä, mihin, milloin ja millaisia potilaita kuljetetaan jatkohoitoon eri yksiköihin ja mistä voidaan saada konsultaatiotukea, voi tulla tarve muuttaa niillä alueilla, joilla muutoksia ympärivuorokautiseen päivystykseen ehdotetaan.

Esityksessä ehdotetut muutokset koskevat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksen osalta aikaväliä kello 22–07. On otettava huomioon, että hyvinvointialueiden on mahdollista jatkaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystystä aikavälillä kello 07–22 sekä vielä lisäksi sairaalassa olevien potilaiden potilasturvallisen hoidon edellyttämää sairaalan sisäistä päivystystä myös yöaikaan. Ehdotettujen muutosten kohteena olevien yksiköiden on jatkossakin mahdollista ottaa vastaan ensihoitopalvelun tuomia potilaita klo 7–22 ja hoitaa heitä sairaalassa ko. yksikössä, mikäli hyvinvointialue niin päättää ja potilasturvallisuudesta on huolehdittu.

Käytännössä ambulanssilla terveydenhuollon päivystykseen kuljetettavia potilaita alettaisiin todennäköisesti ohjaamaan ympärivuorokautisesti päivystävään yksikköön jo ennen aiottua sulkemisaikaa, jotta tehtävät diagnostiset tutkimukset ja hoitosuunnitelma ehdittäisiin tehdä. Tieto päivystykseen saapumisen tavasta saadaan tarkemmin vasta KEJO-järjestelmän kansallisella käyttönotolla. Tässä esityksessä on arvioitu, että yöaikaisista potilaista noin puolet tulisi hoitoon nykyisiin päivystysyksiköihin ensihoitopalvelun tuomana. Arvioinnissa on otettu huomioon kuljetukset jo klo 21 jälkeen. Yöpäivystyksen lakkautumisen myötä nämä potilaat siirrettäisiinkin yöllä suoraan monierikoisalaan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköön. Lisäksi myös päiväaikaan on potilaita joiden potilasturvallinen hoito edellyttäisi monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä tai ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta ja heidät ohjattaisiin jatkossa kaikkina vuorokauden aikoina keskus- ja yliopistollisiin sairaaloihin.

Tarkemmin arvioinnin mallia on kuvattu kohdassa taloudellisten vaikutusten arviointi.

Nykyistä ensihoitopalvelun kapasiteettia on kuvattu tarkemmin kohdissa 2.1.5. Esitettyjen muutosten vuoksi ensihoitopalveluun arvioidaan kansallisella tasolla tarvittavan lisäkapasiteettia noin kuusi hoitotason ensihoitoyksikköä. Kukin hyvinvointialue arvioi oman tarpeensa päättämänsä ensihoidon palvelutasopäätöksen vasteaikojen ja yksiköiden käyttöasteen mukaisesti. Ensihoitoyksiköiden käyttöaste ei voi nousta liian korkeaksi, jotta kaikissa tilanteissa pystytään vastaamaan hätätilapotilaiden hoitoon eikä ambulanssityhjiöitä synny. Kymenlaakson alueella ensihoitopalvelun palvelutasoa parantaa nykyisestä myös vuonna 2025 toimintansa aloittava FinnHEMS oy:n lääkiheliokopterin Kouvolan tukikohta.

Hätäkeskuslaitoksen ohjeistus siitä, millaisiin tehtäviin lähetetään ensihoitopalvelu ja milloin hätäpuheluun vastataan muutoin ohjeistamalla soittajaa, vaikuttaa luonnollisesti ensihoitopalvelun tarpeeseen ja käyttöasteeseen. Julkisuudessa⁶⁸ on ollut analyysiä siitä, että

⁶⁸ <https://yle.fi/a/74-20107207>

vuoden 2024 aikana ambulanssitehtävät olisivat vähentyneet uuden ohjeistuksen myötä n. 9% verrattuna edelliseen vuoteen. Osalla alueista tehtävien väheneminen on vieläkin suurempaa. Jos tällainen toteutuisi pitkäaikaisena trendinä, olisi sillä luonnollisesti merkitystä, kun aluekohtaisesti tehdään palvelutasopäätös sekä ratkaistaan mahdollista lisäkapasiteetin tarvetta.

Potilaan, hätäkeskuspäivystäjän, ensihoitajien ja konsultoidun lääkärin arvioidessa yöaikaista palvelun tarvetta on mahdollista, että palveluiden rajatumpi saatavuus johtaa oireiden tulkintaan vähemmän vakaviksi ja siten sellaisiksi, ettei niiden vuoksi ole tarvetta lähteä yöaikaan kauemmas päivystykseen vaan potilaan tila voi odottaa aamuun. Vuonna 2022 julkaistussa väitöstutkimuksessa todettiin pitkän kuljetusmatkan ja yöajan lisäävän ensihoitajien päätöksiä jättää potilas kuljettamatta⁶⁹. Kuljettamatta jättämisen tietyissä tilanteissa todettiin samassa väitöstutkimuksessa olevan potilaille turvallista, mistä on merkittävät edut päivystyksen ja ensihoitopalvelun kuormituksen hallinnalle. Tehtäväprofiilin muutoksesta riippumatta ensihoitopalvelun perustehtävänä on vastata äkillisiin ja vakaviin henkeä uhkaaviin tilanteisiin vuorokauden ympäri ja kaikkialla Suomessa. Tämä edellyttää mahdollisuutta valmiuden ylläpitämiseen, mikä tehtävien lisääntyessä voi edellyttää lisäresursointia.

Kaikkien hyvinvointialueiden tulee pitää ajantasaisena sekä soveltuvien osin yhtenäistä kansallisen mallin mukaiseksi omat ohjeistuksensa väestön neuvonta- ja ohjauspalveluissa (mm. Päivystysapu 116117) sekä muille sosiaali- ja terveystieteiden palveluille annetuissa toimintaohjeissa (mm. kotihoito, asumisyksiköt, sosiaalipäivystys) sekä edesauttaa valtakunnallisesti yhtenäisten kiireellisen hoidon perusteiden noudattamista väestössä ja eri toiminnoissaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyspalveluiden integraatiota edistävien ja niihin kohdistuvaa kysyntää kohdentavien tilanne-, koordinaatio- ja arviointikeskusten (nk. SOTE-TIKE ja vastaavat) kehittämistä tulee jatkaa parhaita käytäntöjä jakamalla ja käyttöönottamalla. Erityisesti niiden hyvinvointialueiden, joita esityksen muutokset koskevat, tulisi uusia ensihoitopalvelulle ja muille terveydenhuollon päivystykseen tukeutuville toiminnoille annettavat ohjeet siitä, missä tilanteissa ja milloin potilas kuljetetaan suoraan monierikoisalaisen päivystyksen yksikköön ja milloin potilas tuotaisiin klo 07–22 välillä joko virka-aikana tai laajennetuilla aukioloajoilla toimiville hyvinvointialueen ylläpitämille vastaanotoille, poliklinikoille tai kiireellisen hoidon kiirevastaanotoille, joiden palveluiden toimintamalli ja erikoisalat jäisivät jatkossakin hyvinvointialueiden itsensä päätettäväksi. Lisäksi on varmistettava, että ympärivuorokautisissa päivystysyksiköissä on riittävästi kapasiteettia vastata ensihoidon konsultaatiokysymyksiin sekä antaa ohjeita potilaan hoidosta. Ensihoitopalvelun toiminnallista muuttumista yhä enemmän jo kohteessa hoidon tarpeen arvioivaan ja hoidon antavaan suuntaan sekä ympärivuorokautisten päivystyspalveluiden laajempaa integroitumista on kuvattu edellä.

Integroimalla lääkärihelikopteritoimintaa yhä enemmän osaksi ensihoitopalveluita ja koko terveydenhuollon päivystyskokonaisuutta voidaan lisätä sen vaikuttavuutta ja vastata äkillisesti loukkaantuneiden tai sairastuneiden hätätilapotilaiden asianmukaiseen hoitoon. Lääkärihelikopteritoiminta myös osaltaan tukee väestön yleistä turvallisuudentunnetta.

4.2.2.5 Vaikutukset hyvinvointialueiden tiloihin, laitteisiin ja investointeihin

Esityksellä on tarkoitus keskittää raskain ja vaativin, ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta edellyttävä kirurginen toiminta yliopistollisiin sairaaloihin ja keskussairaaloihin. Toiminnallisesti tämä tarkoittaa myös muun muassa vaativan postoperatiivisen tehohoidon

⁶⁹ Paulin, Jani: Non-conveyance and patient safety in prehospital emergency care. Turun yliopisto 2022. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/154673/AnnalesD1656Paulin.pdf>

keskittymistä suurimpiin sairaaloihin. Kaikki edellä mainitut toiminnot ovat sellaisia, jotka edellyttävät erityisiä sairaalatiloja ja osin huomattavan kallista erityislaitteistoa. Kun toimintavolyymi keskittämisen myötä kasvaa, saadaan näiden kalleimpien tilojen ja laitteiden käyttöaste optimoitua tehokkaaksi. Päällekkäisiä, vähälle käyttöasteelle jääviä kalliita laiteinvestointeja pystytään vähentämään pienemmissä sairaaloissa.

Esityksen mukaisesti raskasta kirurgiaa siirtyy tietyistä sairaaloista yliopistollisiin sairaaloihin ja keskussairaloihin, mutta toisaalta näissä sairaaloissa jää mahdollisuus tehdä päiväkirurgisia toimenpiteitä. Raskasta kirurgiaa vastaanottavien sairaaloiden leikkaussalien ja laitteistojen riittävyyttä voidaan edesauttaa ohjaamalla päiväkirurgiaa Länsi-Pohjan, Oulaskankaan, Salon, Savonlinnan ja Valkeakosken sairaaloihin. Näin sairaaloissa riittää leikkaussali- ja jatkohoitokapasiteettia paremmin ilman uudisinvestointeja. Lisäksi hankkimalla päiväkirurgiaa myös muilta palveluntuottajalta, voidaan helpottaa leikkaussalien kapasiteetin riittävyyttä. Leikkaussalikapasiteetin riittävyyttä tulee arvioida myös yhdessä muiden hyvinvointialueiden kanssa ja varmistaa koko julkisen kapasiteetin hyödyntäminen myös hyvinvointi- ja yhteistyöaluerajat ylittäen.

Esityksessä ei ehdoteta muutoksia, jotka edellyttäisivät kokonaisvuodeosastokapasiteetin pienentämistä toimintoja luovuttavissa sairaaloissa tai suoraan edellyttäisivät lisäkapasiteettia toimintoja vastaanottaviin sairaaloihin. Sen sijaan sairaaloiden osastojen potilasrakenne ja erikoisala voi edellyttää muutoksia. Myös nykytilanteessa hyvinvointialueet hyödyntävät käytettävissä olevaa sairaalakapasiteettiaan kokonaisuutena. Näin esimerkiksi keskussairaalasta voi ohjautua potilaita alueen perusterveydenhuollon sairaaloihin tai vuodeosastolle jatkohoittoon ja kuntoutukseen. Kotisairaalatoiminta on myös lisääntymässä useilla hyvinvointialueilla, mikä edesauttaa sitä, että kiinteitä vuodeosastopaikkoja ei tarvitsisi määrällisesti lisätä.

Synnytysten siirtyminen Länsi-Pohjan sairaalasta (389 synnytystä v. 2022) Lapin keskussairaalaan (903 synnytystä v. 2022) ja Oulun yliopistolliseen sairaalaan (3 140 synnytystä v. 2022) ei edellytä vastaanottavissa sairaaloissa lisäkapasiteettia synnytyssalien tai synnytysvuodeosastojen osalta. Oletettavaa on, että Länsi-Pohjan siirtyvät synnytykset jakautuisivat noin puoliksi eli kummankin sairaalan vuosittaisten synnytysten lukumäärä nousisi noin 200, tai että mahdollisesti Ouluun voisi suuntautua vielä hieman suurempi osuus Länsi-Pohjan alueen synnytyksistä. Oulun yliopistollisessa sairaalassa on tilastojen mukaan hoidettu yli 4 000 synnytystä vielä vuonna 2014 ja nykyhetkellä ovat valmistumassa uuden yliopistosairaalan tilat, joissa on lisäsynnytysten hoitoon riittävä kapasiteetti. Lapin keskussairaala on tiloissaan hoitanut myös vastaavan määrän synnytyksiä, mihin siirtyvien synnytysten lukumäärän kautta kokonaismäärä nousisi.

Perusterveydenhuollon päivystysten osalta muutos koskisi niiden yöaikaista toimintaa (klo 22–07). Se, että päivystyksen tiloissa ei ole yöaikaista toimintaa, ei vähennä tilatarvetta, kun toimintaa edelleen voidaan jatkaa muina vuorokauden aikoina. Tiloja ei näin ollen muutoksen vuoksi jää käyttöä vaille, niiden käyttöaste toki laskee jonkin verran.

Erikoissairaanhoidon osalta muutos koskisi niin ikään yöaikaisen päivystystoiminnan laajuutta mahdollistaen kuitenkin samoissa tiloissa edelleen päivä- ja ilta-aikaisen toiminnan. Leikkaussalien osalta osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voitaisiin toteuttaa myös hyvinvointialueiden Länsi-Pohjan, Oulaskankaan, Salon, Savonlinnan ja Valkeakosken sairaaloissa, joten leikkaussalien osalta tilat eivät käy tarpeettomiksi. Lähinnä tilatarpeiden muutoksia voidaan Länsi-Pohjan synnytystoiminnan lakkaamisen myötä nähdä yksittäisten synnytyshuoneiden osalta.

Kokonaisuutena arvioiden ehdotusten aiheuttamat tilatarpeiden muutoksen ovat marginaalisia, aiheuttaen lähinnä huonejärjestelyjä, joita sairaaloissa joka tapauksessa aina tapahtuu toiminnan luonteen muuttuessa. Esitetyt järjestelyt eivät ole luonteeltaan sellaisia, että niistä syntyisi kirjanpidollisia vaikutuksia talouden toteutumisessa.

4.2.2.6 Vaikutus palvelujärjestelmän varautumiseen ja häiriötilanteiden hallintaan

Erilaisia häiriötilanteita ja poikkeusoloja varten tehtävää valmiuden ja varautumisen ylläpitoa ja valmiussuunnittelua on kuvattu edellä jaksossa 2.2.9.

Ehdotusten mukaan ympärivuorokautista päivystystä ja toisaalta raskasta kirurgista toimintaa ja siihen läheisesti liittyviä toimintoja, kuten vaativaa teho- ja tehovalvontahoitoa toteutettaisiin nykyistä harvemmissa yksiköissä. Toisaalta kansallista erilaisissa tilanteissa kokonaisuutena toimivaa yliopistollisten sairaaloiden ja keskussairaaloiden verkostoa ja sairaaloiden toimintakykyä pystyttäisiin vahvistamaan, kun erikoisosaavaa henkilöstöä riittäisi näissä sairaaloissa elektiiiviseen toimintaan ja ympärivuorokautiseen päivystykseen. Sinänsä esitetyt muutokset tarkoittavat, että esimerkiksi suuronnettomuustilanteissa erityisesti yöaikaan on tarjolla vähemmän resursseja suuren määrän potilaiden hoitoon muutosesityksen kohteena olevissa sairaaloissa. Kuitenkin jo nykyisin esimerkiksi suuronnettomuustilanteissa eri sairaalat toimivat yhteistyössä. Mitä useammista tai mitä vaikeammin loukkaantuneista potilaista on kyse, sitä enemmän korostuvat monierikoisalainen ja vaativaan jatkohoitoon kykenevät yksiköt eli käytännössä keskus- ja yliopistosairaalat. Vaikeimmin loukkaantuneet kuljetetaan ensihoitopalvelun avulla jo nykyisin suoraan yliopistollisiin sairaaloihin, joihin on keskitetty esimerkiksi neurokirurgia, vaativin traumatologia ja keuhko-ontelo-sydänkirurgia sekä vaativa tehohoito. Näihin toimintoihin ja suunnitelmiin esitetyillä muutoksilla ei ole vaikutusta.

Leikkaustoimintaa varten jäisi kuitenkin tiloja ja laitteita myös osaan muista sairaaloista sekä yksityissektorille, kun päiväkirurgisen toiminnan toteuttaminen olisi myös niissä mahdollista nykyistä väljemmin. Tarvittaessa nämä tilat ja laitteet olisivat otettavissa käyttöön, mikäli tarvittaisiin lisäkapasiteettia esimerkiksi raskaan kirurgian toteuttamiseksi.

Tässä esityksessä tehdyt ehdotukset ovat yhteensopivat voimassa olevien poikkeusolojen valmiussuunnitelmien kanssa eivätkä tuo riskiä niiden mahdolliselle toimeenpanolle.

4.2.3 Vaikutukset muihin viranomaisiin

4.2.3.1 Puolustusvoimat

Terveysturvallisuuden järjestämisestä puolustusvoimissa annetun lain (322/1987) mukaan Puolustusvoimat järjestää terveydenhuoltovastuullaan olevien henkilöiden terveydenhuollon, joka käsittää lain 2 §:n mukaan terveydenhoidon ja sairaanhoidon. Sairaanhoitoon kuuluu ensiapu, sairaankuljetus, avohoito sekä sairaalahoito. Puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla ovat asevelvollisuuslain (1438/2007) ja naisten vapaaehtoisesta maanpuolustuksesta annetun lain (556/2007) nojalla Puolustusvoimissa ja Rajavartiolaitoksessa palvelevat palvelusaikanaan sekä sotilasvirkaan koulutettavat opiskelijat.

Puolustusvoimat tuottavat terveydenhuoltoa omilla terveystasemillaan, joita on 18. Ne sijaitsevat varuskunnissa eri puolilla Suomea. Lisäksi puolustusvoimilla voi olla tilapäisiä esimerkiksi sotilaallisten harjoitusten yhteyteen perustettuja kenttälääkinnän hoitopaikkoja. Puolustusvoimien itse terveystasemillaan tuottama terveydenhuolto vastaa luonteeltaan terveyskeskuksen antamia perusterveydenhuollon palveluja.

Puolustusvoimilla ei ole omia sairaaloita, eikä se siten tuota erikoissairaanhoitoa. Puolustusvoimilla on kumppanuussopimuksia hyvinvointialueiden kanssa erikoissairaanhoitotasoisten sairaanhoidon palveluiden hankkimisesta. Puolustusvoimat käyttää jossain määrin myös yksityisiä palveluntuottajia. Puolustusvoimat ei laajasti järjestä erikoissairaanhoitoa. Jos asepalvelusta suoritettava tarvitsee erikoissairaanhoidon palvelua, joka vaikuttaa palveluskelpoisuuteen, esimerkiksi leikkauksen, voidaan palvelus keskeyttää määrääjäksi tai kokonaan. Tällaisessa tilanteessa potilas siirtyy takaisin hyvinvointialueen terveydenhuollon järjestämisvastuun piiriin.

Kiireellisen hoidon osalta asepalvelusta suorittaville, kuten muillekin, annetaan terveydenhuoltolain 50 §:n 1 momentin nojalla kiireellistä hoitoa hyvinvointialueen sairaalaan tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön hakeutuneelle potilaalle. Asepalvelusta suorittavat ovat lähtökohtaisesti nuoria ja varsin terveitä, sillä heidän palveluskelpoisuutensa on arvioitu ennen palvelukseen astumista ja sitä arvioidaan ja tuetaan koko palveluksen ajan. Kiireellisen hoidon syyt ovat suurimmaksi osaksi perusterveydenhuollon taseisia, erityisesti infektioita, pieniä traumoja ja tuki- ja liikuntaelimistön vaivoja sekä mielenterveyteen liittyviä asioita. Nämä syyt eivät yleensä vaadi yöaikaista kannanottoa. Virka-aikainen palveluiden saatavuus puolustusvoimien omalla terveystasemalla on varsin hyvä. Erikoissairaanhoitoa vaativissa tilanteissa käytetään keskus- ja yliopistosairaaloiden päivystystä ja muita palveluita. Erityisesti vaativissa onnettomuus- ja traumatilanteissa, mitkä voivat puolustusvoimien toiminnassa olla tavanomaisesta poikkeavia, oleellista on nopean ja osaavan ensihoitopalvelun ja lääkärihelikopteritoiminnan avulla viedä potilaat suoraan kattavan palveluvalikoiman yliopistollisiin tai keskussairaaloihin.

Perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen osalta ei esitys aiheuttaisi merkittäviä muutoksia puolustusvoimille. Kouvolan Ratamokeskuksen akuuttilääketieteen päivystyksen muutoksilla voisi olla jossain määrin merkitystä lähinnä Karjalan prikaatille, joka sijaitsee Kouvolan Vekaranjärvellä, ja Utissa sijaitsevaan jääkäriyksiköön, mutta siis Ratamossa voisi jatkossakin toimia ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys. Vekaranjärveltä on Kouvolaan noin 37 km, Kotkaan 91 km ja Utista Kouvolaan 12 km Kotkaan 64 km. Oletettavaa on, että tarve yöaikaan arvioon ja hoitoon on puolustusvoimien terveydenhuollossa vähäinen ja pääosin perusterveydenhuoltotasoinen. Vertailuna voidaan todeta, että Sodankylässä sijaitsevasta jääkäriprikaatista on nykytilassa matkaa lähimpään ympärivuorokautisesti päivystävään Lapin keskussairaalaan Rovaniemelle 131 km. Esityksen aiheuttamista muutoksista ei arvioida aiheutuvan merkittäviä lisäkustannuksia Puolustusvoimille.

4.2.3.2 Vankiterveydenhuollon yksikkö ja Rikosseuraamuslaitos

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alainen Vankiterveydenhuollon yksikkö järjestää maanlaajuisesti vankien ja tutkintavankien terveyden- ja sairaanhoidon siten kuin vankeuslain 10 luvussa ja tutkintavankeuslain 6 luvussa säädetään. Lakien mukaan vankiterveydenhuollon yksikkö vastaa vangin ja tutkintavangin lääketieteellisten tarpeiden mukaisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä. Jos sairasta tai vammautunutta vankia tai tutkintavankia ei voida asianmukaisesti hoitaa tai tutkia Vankiterveydenhuollon yksikössä, hänet on lähetettävä tarpeellisen valvonnan alaisena tilapäisesti vankilan ulkopuolelle hoitoon tai tutkimukseen. Vankien terveydentilaa arvioidaan koko vankeuden ajan.

Vankeinhoidon yhtenä lähtökohtana pidetään niin sanottua normaalisuusperiaatetta. Tämä tarkoittaa sitä, että vankien olosuhteiden tulisi mahdollisimman pitkälle vastata normaalissa yhteiskunnassa vallitsevia olosuhteita. Näistä periaatteista on säädetty vankeuslaissa.

Vankiterveydenhuollon yksikkö tuottaa itse pääosan perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluista. Vankiterveydenhuollon yksikkö ylläpitää kahta sairaalaa. Hämeenlinnassa sijaitseva Vankisairaala on valtakunnallinen vankipotilaita hoitava yleislääkärijohtoinen somaattinen sairaala. Toimintaan kuuluu monialainen somaattisten sairauksien hoito ja kuntoutus. Psykiatrinen vankisairaala, joka toimii Turun vankilan ja Vantaan vankilan yhteydessä, on erikoissairaanhoidon yksikkö, jossa tutkitaan ja hoidetaan psykiatrista sairaalahoitoa vaativia moniongelmaisia potilaita. Vankiterveydenhuollon yksikkö ostaa somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut, ja päivystyksen palvelut hankitaan pääosin ostopalveluina hyvinvointialueilta.

Vankien terveys- ja hyvinvointi 2023 -tutkimuksen⁷⁰ mukaan vangit ovat moniongelmaisia ja kuuluvat paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitsevien joukkoon. Pitkäaikaissairastaminen ja terveyspalvelujen käyttö on koko väestöön nähden yleisempää, ja noin neljännes vangeista käyttävät paljon terveyspalveluja. ADHD-oirekuva tunnistettiin 46 prosentilla miehistä ja 43 prosentilla naisista. Kahdeksalla prosentilla vangeista oli elämänsä aikana ollut jokin psykoosisairaus, pois lukien päihdepsykoosi, joka oli ollut 34 prosentilla. Elinaikainen päihdehäiriö todettiin 87 prosentilla vangeista. Ongelmallinen alkoholin käyttö painottui vanhempiin ikäryhmiin, kun taas nuoremmilla yleisimpiä olivat huumeongelmat. C-hepatiittitartunnan saaneita oli 44 prosenttia ja kroonisia kantajia 13 prosenttia vangeista. Vangit kokivat suunterveytensä keskitasoiseksi tai huonoksi useammin kuin muu väestö ja raportoivat paljon suun alueen vaivoja, esimerkiksi kipua.

Mainitussa tutkimuksessa ei eritelty kiireellisen hoidon tarvetta ja syitä. Voidaan olettaa, että kiireellisen hoidon syyt ovat myös vangeilla suurimmaksi osaksi perusterveydenhuollon taseisia vaivoja, jotka eivät yleensä vaadi yöaikaista kannanottoa. Välitöntä hoitoa yöaikaan tarvitsevat kuljetetaan nykytilanteessakin pääsääntöisesti yliopistollisten sairaaloiden ja keskussairaaloiden ympärivuorokautisten palveluiden piiriin. Erityisesti lyhytaikaisvankien tulotilanteissa, kun päihdekäyttö lakkaa, syntyy deliriumvaara, jota pitää selvittää ja hoitaa päivystyksellisesti ja vuorokauden ympäri. Tätä ei mainitussa tutkimuksessa tutkittu tarkemmin. Vankilaolosuhteisiin liittyvä piirre on, että mainitussa tutkimuksessa tuli esiin, että useampi kuin joka kymmenes miesvanki oli kokenut fyysistä väkivaltaa vankilassa ollessaan, ja henkistä väkivaltaa kokeneita vankeja oli yli neljännes.⁷¹

Rikosseuraamuslaitos ylläpitää 28 vankilaa ympäri Suomen. Osa niistä on suljettuja vankiloita ja osa avovankiloita. Vankien määrä yksiköissä vaihtelee. Vankiterveydenhuollon yksikön toiminnalle esityksellä ei ole vaikutusta. Erikoissairaanhoidon lähete tehdään tyypillisesti lähimpään yksikköön. Esityksen mukaisten sairaaloihin kohdistuvien muutosten toteutuessa matka ympärivuorokautiseen päivystykseen ja vaativaa leikkaustoimintaa suorittavaan sairaalaan pidentyy osassa vankiloita. Tämä saattaa edellyttää henkilöjärjestelyjä ja varautumista piteneviin matka-aikoihin ja odotusaikoihin tarvittavien vankien saattajien osalta, eli Rikosseuraamuslaitokselle.

⁷⁰[Vankien terveys ja hyvinvointi 2023: Wattu IV -vankiväestötutkimus \(julkari.fi\)](#) Rautanen, Mika, Harald, Kennet ja Tyni, Sasu (toim.). Terveys- ja hyvinvoinnin laitos, raportti 007/2023

⁷¹ idib. s. 62.

4.2.3.3 Valtion mielisairaalat

Esityksellä ei arvioida olevan vaikutuksia valtion mielisairaaloihin eli Vanhan Vaasan sairaalaan ja Niuvanniemen sairaalaan. Niille lähimpiin ympärivuorokautisiin päivystyksiin Vaasan keskussairaalassa ja Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ei esitetä muutoksia.

4.2.3.4 Poliisi

Poliisin säilyttämien henkilöiden kohtelusta annetussa laissa (841/2006) säädetään poliisin lain nojalla säilyttämien tutkintavankien, pidätettyjen ja kiinni otettujen kohtelusta. Lain 5 luvun 1 §:n mukaan vapautensa menettäneellä on oikeus hänen lääketieteellisten tarpeidensa mukaiseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Luvun 5 §:n mukaan vapautensa menettäneen terveydenhuollon järjestää se kunta tai sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä (laissa vanhat termit: nykyisin siis hyvinvointialue), jonka toimintayksikössä hoidon järjestäminen on tarkoituksenmukaista.

Poliisin tiloissa tapahtuva säilytys on kestoltaan pääsääntöisesti lyhyttä ja selvästi suurin osa muista poliisin tiloissa säilytettävistä henkilöistä kuin tutkintavangeista vapautetaan viimeistään vuorokauden kuluttua kiinniotosta.

Poliisitehtävällä voidaan havaita, että esimerkiksi aggressiivinen tai päihtynyt asiakas tai mielenterveyssyistä potilas voi tarvita terveydenhuollossa tapahtuvaa hoidon tarpeen arviota tai tarkempaa tutkimista. Asiakas on tällöin arvioitava ja kuljetettava ensihoitopalvelun toimesta lähimpään tarkoituksenmukaiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Poliisin tehtäviä, joihin lakimuutokset vaikuttavat ovat erityisesti mielenterveyslain (116/1990) 31 §:n nojalla annettava virka-apu, joka työllistää poliisia kaikista eniten poliisin virka-aputehtävistä. Mielenterveyspalveluiden käyttäjien osalta esityksen vaikutuksia on arvioitu jaksossa 4.2.4.6. Poliisi tarvitsee terveydenhuollon ammattihenkilöiden apua liikennejuopumuksesta epäillylle tehtävässä päihdetutkimuksessa silloin, kun pähtymystä ei voida todeta hengitysilmaasta tarkkuusalkometrikokeella. Osa liikennejuopumuksista tulevat poliisin tietoon usein ilta- ja yöaikaan. Merkittävä osa rattijuopumuksista on sellaisia, joissa epäillä huumausaineiden ja/tai lääkeaineiden käyttöä. Poliisi tekee hyvinvointialueiden kanssa yhteistyötä muidenkin rikosten, kuten seksuaalirikosten, tutkinnassa. Kuolemansyyn selvittämisestä annetun lain (459/1973) mukaan poliisin on suoritettava oikeuslääketieteellinen kuolemansyyn selvitys, jos laissa säädetyt edellytykset täyttyvät. Terveydenhuoltolain 31 §:n mukaan hyvinvointialueen on annettava poliisille virka-apua vainajan ulkonaisen ruumiintarkastuksen suorittamiseksi.

Esitetyt muutokset lisäävät joidenkin poliisilaitosten ja muiden poliisin toimipisteiden etäisyyttä yöaikaan toimivasta ympärivuorokautisesta päivystyksestä. Ensihoitopalvelun tehtävämäärää saattaa lisätä poliisin hallussa oleville henkilöille tehtävä terveydentilan arviointi ja kuljettaminen päivystyspisteeseen. Varsinaisiin poliisin tehtävämääriin muutoksella ei ole vaikutusta, mutta etäisyyksinä ja matka-aikana pidentyvät asiakassiirrot voivat edellyttää henkilöstöjärjestelyjä tai partioiden lukumäärän riittävyyden arviointia alueella, jotta poliisin muut toiminnot eivät häiriinny. Poliisipartioiden aikaa voi sitoutua kuljetustehtävään. Lainsäädännön muutosten toimeenpano edellyttää toiminnan muutoksen suunnittelua yhteistyössä poliisin ja hyvinvointialueiden välillä.

4.2.3.5 Valvovat viranomaiset

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovat Valvira ja aluehallintovirastot. Ehdotettujen muutosten ei arvioida merkittävästi lisäävän valvovien viranomaisten työtä, vaan jatkossakin ne valvovat hyvinvointialueiden järjestämää terveydenhuoltoa. Terveydenhuoltolain 45 §:ään ehdotetaan muutoksia, joiden nojalla tiettyä leikkaustoimintaa, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja

anestesiaa, sekä eräitä muita toimenpiteitä voisi jatkossa suorittaa tietyissä muissakin nimetyissä sairaaloissa kuin sellaisissa, joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys. Tämän sääntelyn valvontaa helpottaa se, että näistä leikkauksista ja toimenpiteistä säädettäisiin valtioneuvoston asetuksella, jolloin myös valvoville viranomaisille on selkeää, mitä leikkauksia ja toimenpiteitä sääntely koskee. Viranomaisvalvontaa voi myös jossain määrin tukea se, että laissa säädetään nykyistä selkeämmin edellytyksistä hankkia leikkauksia ja muita toimenpiteitä palveluntuottajilta.

4.2.4 Ihmisiin kohdistuvat ja muut yhteiskunnalliset vaikutukset

4.2.4.1 Yleistä vaikutuksista väestöön potilaisiin ja asiakkaisiin

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Kiireellinen hoito kuuluu lisäksi perustuslain 19 §:n 1 momentissa tarkoitettuun jokaisen oikeuteen välttämättömään huolenpitoon. Perustuslain 7 §:n 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Äkillinen vammautuminen tai sairastuminen saattaa uhata terveyttä siten, että on välttämätöntä hakeutua päivystyksellinen avun piiriin ympärivuorokautisesti. Julkinen terveydenhuolto Suomessa huolehtii ympärivuorokautisesta päivystystoiminnasta.

Esityksen perus- ja ihmisoikeusvaikutuksien keskiössä on sen tarkastelu, miten esitys vaikuttaa terveysoikeuksien toteutumiseen. YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien sopimuksen 12 artiklassa turvatun jokaisen oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä osatekijöitä ovat taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitean (TSS-komitea) mukaan saatavuus (availability), saavutettavuus (accessibility), hyväksyttävyys (acceptability) ja laatu (quality) (ks. myös jakso 12 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys). Esityksellä on liittymäpintaa myös perustuslain 17 §:ssä turvattuihin kielellisiin oikeuksiin sekä perustuslain 121 §:ssä säädettyyn alueelliseen itsehallintoon.

Esityksellä arvioidaan olevan sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia väestöön ja potilaisiin. Ympärivuorokautisten päivystysten ja leikkaustoiminnan keskittämisen tavoitteena on turvata palvelun saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta ja potilasturvallisuutta, kun henkilöstö ja monipuolinen osaaminen on paremmin varmistettu ja hoito on yhdenvertaista. Esityksen tarkoituksena on reagoida väestöllisiin muutoksiin ja henkilöstöön saatavuuteen pidemmälläkin aikavälillä. Toisaalta saavutettavuus heikkenee ja etäisyydet lisääntyvät osalle väestöstä, mikä voi edellyttää kuljetusjärjestelyjä ja aiheuttaa kustannuksia sekä voi edellyttää toimenpiteitä potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Ympärivuorokautinen päivystys tukee myös väestön perusturvallisuuden tunnetta, minkä vuoksi muutokset siinä aiheuttavat huolta. Tiettyjen leikkausten ja toimenpiteiden suorittaminen muissakin kuin ympärivuorokautisesti päivystävissä sairaaloissa ja hankinnan mahdollistuminen saattaa parantaa saatavuutta ja lyhentää hoitojonoja.

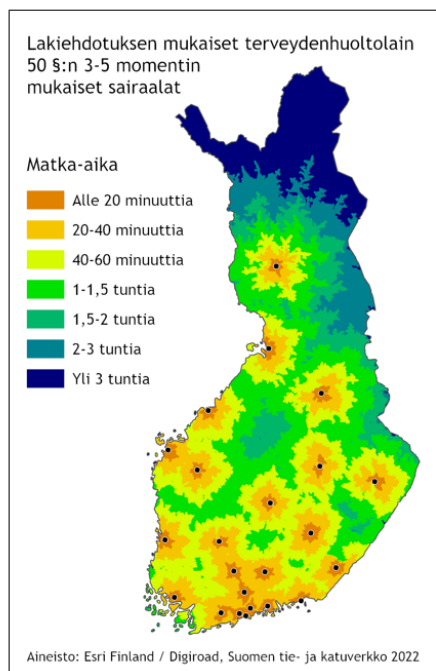
Esityksen tavoitteena on ympärivuorokautisten päivystyspisteiden sekä raskaan leikkaustoiminnan keskittämällä taata osaamiseltaan laaja, laadukas ja potilasturvallinen sekä resursein turvattu ja riittävä päivystyksellinen ja leikkaushoito koko väestölle. Esityksen mukaisissa ympärivuorokautista päivystystä toteuttavissa keskitetyissä ja suuremmissa sairaaloissa olisi saatavilla monipuolista osaamista ja palvelut olisivat monialaisempia. Samalla vaihtelu toiminnassa vähentyisi ja hoitojen standardisointi olisi helpompaa ja osaamista myös poikkeavien tilanteiden hoitamiseen olisi varmemmin. Riippumatta asuinpaikasta potilaat saisivat samankaltaisempaa ja yhdenvertaista hoitoa.

Väestön näkökulmasta vaativien ja elämässä harvoin tarvittavien erikoissairaanhoidon palveluissa osaaminen ja laatu korostuvat, vaikka saavutettavuus osin heikkenisi. Näissä tilanteissa tärkeää on yleensä varmistaa palvelun saatavuus ja osaava ammattilainen ja tiimi sairaalan seinien sijaan. Vaikka tietyt erikoissairaanhoidon ja päivystyksen palvelut olisivat keskitettyjä, tulee lähtökohtana olla, että hoito- ja palvelupolut ovat asiakaslähtöisiä ja saumattomia – myös yli hyvinvointi- ja yhteistyöaluerajojen. Tämä koskee sosiaali- ja terveyspalveluita ennen keskitetyissä palveluissa asiointia sekä niiden jatkohoitoa ja palveluiden yhteensovittamista muun muassa sosiaalipalveluiden kanssa.

Osalla kansalaisista esitys aiheuttaisi asuin- tai oleskelupaikan ja ympärivuorokautisen päivystyksen välisen etäisyyden pidentymistä. Etäisyys päivystyspisteeseen tai leikkaustoimintaan harjoittavaan sairaalaan on nykyisinkin vaihdellut henkilön asuinpaikan mukaan eri puolilla maata. Esitys ei tulisi korjaamaan näitä eroja. Etäisyys pitenis perusterveydenhuollon yöpäivystysten osalta Iisalmessa, Jämsässä, Raahessa ja Varkaudessa lähialueineen ja osalla potilaista Kouvolassa lähialueineen sekä ympärivuorokautisen monierikoisalapäivystyksen osalta Kemissä, Oulaisissa, Salossa ja Savonlinnassa lähialueineen. Kun arviointikohtina on etäisyys juuri näiltä paikkakunnilta lähimpään ympärivuorokautisesti päivystävään yksikköön, esityksen ehdotuksista aiheutuisi noin 50–100 kilometrin lisämatka. Luonnollisesti kuitenkin kaikki näiden päivystysyksiköiden palveluja käyttävät eivät asu nimetyillä paikkakunnilla, vaan matkan pituuksissa on eroja ja voivat siis olla tätä pidempiäkin.

Seuraavissa kuvissa on kuvattu päivystyspalveluiden saavutettavuutta matka-aikana väestön asuinpaikoista lakiehdotusten seurauksena. Jaksossa 2.1.2 olevissa on kuvattu saavutettavuus nykyisiin päivystäviin yksiköihin.

Kuva 7. Paikkakunnat, joissa terveydenhuoltolain 50 §:n 3–5 momentin nojalla voidaan ylläpitää monierikoislaista ympärivuorokautista päivystystä sekä HUS-yhtymän yksiköt, joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys.



Matka-aika	Kumulatiivinen väestömäärä	Kumulatiivinen väestöosuus (%)
0 - 20 min	3444784	63,0
20 - 40 min	4489362	82,1
40 - 60 min	5049804	92,4
1 - 1,5 h	5386847	98,6
1,5 - 2 h	5432386	99,4
2 - 3 h	5455533	99,8
yli 3 h	5464848	100,0

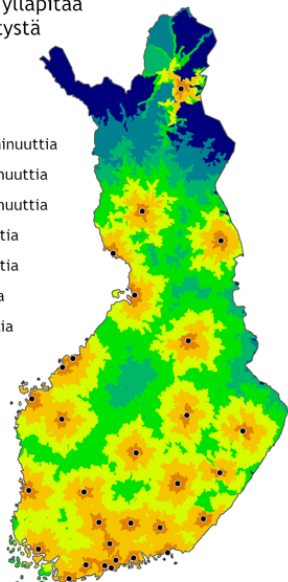
Aineisto: Tilastokeskus, Väestöruutuaineisto 31.12.2022

Kuva 8. Kaikki paikkakunnat, joissa terveydenhuoltolain 50 §:n nojalla saisi ylläpitää ympärivuorokautista päivystystä ja joissa HUS-yhtymä ylläpitää ympärivuorokautista päivystystä (mukana Raasepori).

Paikkakunnat, joissa on mahdollista ylläpitää 24/7 päivystystä

Matka-aika

- Alle 20 minuuttia
- 20-40 minuuttia
- 40-60 minuuttia
- 1-1,5 tuntia
- 1,5-2 tuntia
- 2-3 tuntia
- Yli 3 tuntia



Aineisto: Esri Finland / Digiroad, Suomen tie- ja katuverkko 2022

Matka-aika	Kumulatiivinen väestömäärä	Kumulatiivinen väestöosuus (%)
0 - 20 min	3639932	66,6
20 - 40 min	4657222	85,2
40 - 60 min	5177874	94,7
1 - 1,5 h	5422490	99,2
1,5 - 2 h	5456549	99,8
2 - 3 h	5462995	100,0
yli 3 h	5464848	100,0

Aineisto: Tilastokeskus, Väestöruutuaineisto 31.12.2022

Koko Suomen tasolla tarkastellen esityksen vaikutuksena 0–20 minuutin matka-ajalla ympärivuorokautiseen päivystykseen olevien osuus väestöstä vähenisi verraten jaksossa 2.1.2 esitettyyn nykytilaan vähenisi 2–3 prosenttiyksikköä, 20–40 minuutin matka-ajalla olevien osuus 3–4 prosenttiyksikköä sekä 40–60 minuutin matka-ajalla olevien osuus 2–3 prosenttiyksikköä. Tunnissa monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen saavuttaisi jatkossa noin 92 % väestöstä (nykyisin 95 %) ja puolentoista tunnin sisään jatkossakin jo noin 99 % väestöstä. Esityksen vaikutukset kuitenkin jakaantuvat väestössä epätasaisesti sen mukaan miten väestö asuu ja muuten liikkuu, ja osalle väestöä matka-aika piteneisi selvästi kotiosoitteestaan. On mahdollista, että kiireellisissä tilanteissa ensihoitopalvelu, lääkäriambulanssi tai –helikopteri voi saavuttaa päivystyksen kuitenkin nopeamminkin.

Esitys aiheuttaisi neljän sairaalan (Länsi-Pohjan, Oulaskankaan, Salon ja Savonlinnan) alueella noin 50–100 kilometrin lisämatkan lähimpään monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä ja raskaampaa leikkaustoimintaan ylläpitävään sairaalaan. Perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen lakkaamiseen myötä matka lähimpään päivystävään sairaalaan piteneisi noin 60–90 kilometriä neljän sairaalan osalta (Jämsä, Raahe, Varkaus, Iisalmi). Nämäkin luvut perustuvat etäisyyteen paikkakunnalta, jossa ympärivuorokautinen päivystys päättyy, lähimpään ympärivuorokautisesti jatkossakin päivystävään yksikköön. Matka-ajat pitenevät myös päivystysyksikön lähialueiden asukkailla matka-ajan muutoksen vaihdellessa riippuen siitä, missä potilas alueella asuu tai mistä hän muuten hoitoon hakeutuu, ja voivat siis olla edelle kuvattuja pidempiäkin. Toisaalta eri alueilla asuvien asemaa verratessa huomattava, että jo siis nyt (ks. jakso 2.1.2) noin kolmasosalla väestöä asuinpaikan mukaan on lähimpään päivystysyksikköön yli 20 minuuttia, noin 10 prosentilla yli 40 minuuttia johonkin

ympäri vuorokautiseen päivystykseen ja noin 15 prosentilla yli 40 minuuttia monierikoisalaan ympäri vuorokautiseen päivystykseen.

Ei-kiireelliseen leikkaushoitoon hakeutuvien osalta matkustusajan piteneminen ei vaikuta potilasturvallisuuteen, sillä matkustusajan ei voi arvioida aiheuttavan olennaista odotusajan kasvua leikkauspäätöksestä leikkausajankohtaan. Matkustusajan, kuljetusjärjestelyjen ja matkakustannusten lisääntymistä voisi näissä tilanteissa syntyä, mutta niiden ei arvioida olevan kohtuuttomia. Päiväkirurgisten leikkausten hankinnan ja tiettyjen toimienpiteiden vapaamman toteuttamisen osalta palvelu voi toteutua myös nykyistä lähempänä asiakkaita.

Synnytysten hoidon osalta esitys toisi vaikutuksia vain Länsi-Pohjan sairaalan alueen asukkaille viimeistään vuoden 2026 alusta, mihin mennessä sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla toteutettava synnytysten hoito Kemissä lakkaisi. Tämän alueen synnytykset pääsääntöisesti hoidettaisiin jatkossa Lapin keskussairaalassa tai Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Matka-aika Kemistä pitenisä noin 100-120 kilometriä. Esityksen vaikutuksia synnytyksiin käsitellään erikseen kohdassa 4.2.2.3.

Seitsemännessä Suomea koskevassa määräaikaistarkastelussa (30.3.2021) TSS-komitea totesi olevansa huolestunut siitä, että perusterveydenhuollon palveluita ei ole riittävästi saatavilla ja saavutettavissa maanlaajuisesti. Komitea suosittelee, että Suomen valtion tulisi tarkkailla sote-uudistuksen vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalveluiden saavutettavuuteen, yhdenvertaiseen saatavuuteen, kohtuuhintaisuuteen ja saatavuuteen maan kaikissa osissa ottaen huomioon muun muassa alueelliset ominaispiirteet. (Concluding observations on the 7th periodic report of Finland: Committee on Economic, Social and Cultural Rights, kohta 41–43.)

Tällä esityksellä pyritään osaltaan mahdollistamaan painopisteen siirtämistä ympäri vuorokautisesta päivystyksestä ja erityispalveluista siihen, että väestö saisi paremmin peruspalveluita virka-aikaan ja myös iltaisin ja viikonloppuisin. Perustason sosiaali- ja terveyspalveluilla on merkittävä rooli sekä kiireettömien että kiireellisten palvelujen toteuttajana. Perusterveydenhuollon kiirevastaanottojen tarjoaminen iltaisin ja viikonloppuisin parantaisi palveluiden saatavuutta ja palvelisi väestöä. Näin voitaisiin todennäköisesti vähentää epätarkoituksenmukaista päivystyksellistä ja yöaikaista hoitoon hakeutumista, kun hoidon saisi ja sen koettaisiin saatavan järkevämpään aikaan. Esityksessä ehdotetaan täsmennettäväksi laissa jo nyt säädettyä velvoitetta järjestää perusterveydenhuollon ilta-aikaista ja viikonloppuun päiväaikaista perusterveydenhuollon kiirevastaanottoa. Toisaalta hyvinvointialueet ovat alijäämiensä kattamiseksi harventaneet perusterveydenhuollon palveluverkkoaan, millä voi olla vaikutusta tosiasiallisiin mahdollisuuksiin laajentaa näitä palveluita.

Pääministeri Orpon hallitus on antanut eduskunnalle esityksen, jossa ehdotetaan, että 23 vuotta täyttäneiden osalta perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitoon pääsyn enimmäisajaksi eli hoitotakuuksi palautuu aiemmin voimassa ollut kolme kuukautta. Voimassa olevassa laissa hoitotakuu on 14 vuorokautta, jos potilaan hoitoon hakeutumisen syynä on sairastuminen, vamma, pitkäaikaissairauden vaikeutuminen, uusien oireiden esilletulo tai toimintakyvyn aleneminen, ja hoito kuuluu yleislääketieteen alaan (hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 10 b §:n muuttamisesta, HE 134/2024 vp). Perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentämisellä voi olla vaikutusta päivystyspalveluiden käytön lisääntymiseen, painottuen niihin väestöryhmiin, jotka käyttävät julkisen terveydenhuollon palveluita (erityisesti työvoiman ja siten työterveyshuollon ulkona olevat, kuten työttömät ja ikäihmiset). Hoitotakuun pidentämistä koskevassa hallituksen esityksessä todetaan, että ei voida poissulkea mahdollisuutta, että hoitoon pääsyajat pidentyisivät rahoituksen vähenemisen seurauksena merkittävästi, mikä johtaisi muun muassa häiriökäytännön, päivystysten kuormittumiseen ja

erikoissairaanhoidon tarpeen kasvuun (HE 134/2024 vp, s. 74–75). Täten perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentämisellä voi olla kielteinen vaikutus tämän esityksen tavoitteiden toteutumiseen. Samaan aikaan asiakasmaksuissa korotuksia tehdään myös päivystyspalveluiden maksuihin (ks. jakso 4.2.1.4). Maksut ovat korkeampia erikoissairaanhoidossa (mukaan lukien sairaaloiden päivystyspalveluissa) kuin perustasolla, ja niitä myös korotetaan suuremmalla prosentilla. Erikoissairaanhoidon maksut kuormittavat näin ollen asiakasta enemmän ja maksujen korotusten on arvioitu voivan vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen.

Terveyspalvelujen maantieteellinen saavutettavuus on yksi keskeisistä terveydenhuollon saavutettavuuteen, hyödyntämiseen ja väestön terveyteen vaikuttavista ulottuvuuksista. Suomalaisessa tutkimuksessa on analysoitu perusterveydenhuollon palvelujen saavutettavuutta.⁷² Tulokset osoittivat, että Suomen väestö saavuttaa perusterveydenhuollon hyvin, mutta palvelujen saavutettavuudessa voi olla haasteita joillakin väestöryhmillä, kuten syrjäseuduilla sijaitsevilla autottomilla kotitalouksilla ja itsenäisesti terveyspalveluihin kulkevilla teini-ikäisillä. Saavutettavuudessa on alueellisia eroja erityisesti maaseudulla. Palveluyksiköiden määrän vähentäminen voi vaikeuttaa näiden väestöryhmien palvelujen saavutettavuutta. Mahdolliset liikennehaitat saattaisivat aiheuttaa tai vahvistaa sosiaalista huono-osaisuutta sekä terveyseroja. Tutkimusten perusteella taajaan asutuissa kunnissa ja maaseudulla asuvat raportoivat kaupunkilaisia useammin jo nyt aukioloaikojen ja hankalien matkojen haitanneen terveyspalveluiden saantia. Edellisessä kappaleessa kuvatuilla perusterveydenhuollon toimilla voidaan ehkäistä tällaista kehitystä.

Ympäri vuorokautisen päivystyksen ja raskaamman kirurgisen toiminnan keskittäminen vaikuttaisi myös potilaiden omaisiin. Heidän toimiessaan saattajina tai vieraillessaan potilaan luona, matka-aika ja matkaan liittyvät kustannukset saattaisivat osalla omaisista tai muista läheisistä kasvaa. Kuitenkin jo tällä hetkellä osalla omaisista tai muista läheisistä tilanne on vastaava. Hyvinvointialueiden on mahdollista järjestää muun muassa potilashotellimajoitusta tarvittaessa. Esteettömyys ja saatavuus tulee tällöin huomioida myös eri tavoin vammaisten henkilöiden osalta. Päiväkirurgisten toimenpiteiden laajentuminen useampiin yksiköihin saattaisi osalla henkilöistä toisaalta myös lyhentää saattajatilanteissa matka-aikaa ja pienentää kustannuksia.

Saavutettavuuden kannalta erityisen merkittävää on, että perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitomahdollisuus jäisi hyvinvointialueen päätöksellä Ivaloon ja Kuusamoon.

Sosiaali- ja terveysministeriö on arvioinut valtion vuoden 2025 talousarvioesityksen yhteydessä budjettilakiesityksinä esiteltävien sosiaaliturvaa sekä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevien lakimuutosten yhteisvaikutuksia mukaan lukien perus- ja ihmisoikeusnäkökulma. Myös tätä hallituksen esitystä käsitellään muistiossa, joka koskee vuosien 2024 ja 2025 toimeentuloturva- ja sosiaali- ja terveyspalvelulainsäädännön muutosten yhteisvaikutuksia eri ihmisryhmien perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen. Arviointi julkaistiin samaan aikaan budjettilakien antamisen kanssa 23.9.2024 ja se on käytettävissä hallituksen esityksiin sisältyvien vaikutusarviointien täydentäjänä eduskuntakäsittelyssä.⁷³

⁷² Aalto, Ilmarinen, Muuri, Ikonen: Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus ja asiakaskokemukset. Kirjassa Karvonen, Kestilä, Saikkonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>

⁷³ <https://stm.fi/-/sosiaaliturvamuutosten-yhteisvaikutusten-arviointi-on-valmistunut-1>

4.2.4.2 Iäkkäät henkilöt

Ehdotetut muutokset kohdentuisivat kaikkiin ikäryhmiin, mutta eri ikäryhmissä vaikutukset olisivat jossain määrin erilaisia. Iäkkäillä henkilöillä kiireellisen hoidon tarpeen syitä ovat erityisesti pitkäaikaissairauksien hankaloitumiset ja toimintakykyä äkillisesti heikentävät tilanteet. Kiireellisen hoidon tarpeet voivat olla usein aikakriittisiä (neurologiset ja sydänsairaudet) tai toisaalta estävät pärjäämisen arjessa, vaikka lääketieteellisesti kyse ei olisi vakavasta tilanteesta. Arkitoimissa vähintään suuria vaikeuksia kokevien osuus 75 vuotta täyttäneistä oli vuonna 2020 34,7 %, ja toimintarajoitteita terveysongelman vuoksi 65 vuotta täyttäneillä oli 44,2 %:lla⁷⁴. Jaksossa 2.2.8 esiin tuodun mukaisesti ensihoitopalvelun selkeästi suurin potilasryhmä on epämääräisin tai yleisin oirein apua hakeva iäkäs ihminen, joka ei pärjää kotona.

Ympäri vuorokautisella päivystyksellä saattaa olla osalle iäkkästä väestöstä yleisen turvallisuuden tunteen merkitys erityisesti, mikäli muut palvelut ovat riittämättömiä tai suunnittelemattomia. Monille päivystys on tärkeä hoitoon hakeutumisen väylä, kun muualle ei päästä tai osata mennä. Nykyisissä yhteispäivystysyksiköissä tunnistetaan myös ilmiö, että niihin hakeutuu ja ohjautuu ihmisiä, myös iäkkäitä henkilöitä, koska perusterveydenhuollossa tai sosiaalihuollon palveluissa ei ole järjestetty riittävästi kapasiteettia päivä- tai ilta-aikaiseen kiirevastaanottoon, tai asumispalvelu- tai laitoshoidossa tai kotihoidossa ei ole riittäviä terveydenhuoltopalveluita akuuttien tilanteiden hoitamiseen. Nämä tilanteet olisivat usein hoidettavissa perusterveydenhuollossa tai esimerkiksi liikkuvien hoitaja-arviointitiimien tai lääkärin etäkonsultaatioiden kautta. Sosiaali- ja terveysministeriö on rahoittanut ja rahoittaa hyvinvointialueita useiden eri hankkeiden kautta, jotta ikääntyneiden perustason palvelukokonaisuutta on voitu kehittää.

Esityksessä ehdotetaan täsmennettäväksi laissa jo nyt olevaa velvoitetta järjestää perusterveydenhuollon ilta-aikaista ja viikonlopun päiväaikaista perusterveydenhuollon kiirevastaanottoa, mikä palvelisi myös ikääntyneitä ja lisäisi tarkoituksenmukaisten terveyspalveluiden saatavuutta.

Ympäri vuorokautisten päivystyspisteiden vähentäminen saattaisi vähentää osalla ikääntyneistä tarpeen mukaista hoitoon tai palveluun hakeutumista saavutettavuuden heiketessä. On huomattava, että tässä esityksessä esitetty päivystysten karsiminen kohdistuu juuri muuttotappioalueille, missä ikääntyneiden osuus väestöstä on suurempi. Osa iäkkäistä on säännöllisten palvelujen piirissä, ja saa niiden kautta palvelusuunnitelman mukaisesti lääkärin ja hoitajan apua (kotisairaanhoido, asumispalvelut) ja tällöin kiireellisen hoidon ennakointi ja tuki akuutissa tilanteessa helpottaisivat hoidon saantia ilman, että yöaikaan tarvitsee hakeutua päivystykseen. Olisikin tärkeää, että ikääntyneiden koko palveluketjua parannetaan, ja ikääntyneillä olisi riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon tuki sekä kotiin että mahdolliseen palveluasumiseen.

4.2.4.3 Vammaiset henkilöt

Vammaisuuden eli pitkäaikaista toimintarajoitetta aiheuttavien sairauksien ja vammaisuuden perusteella vammaispalveluja saavia henkilöitä on Suomessa noin 130 000 henkilöä.

Suurin osa vammaisista ihmisistä käyttää samoja terveyspalveluja kuin muukin väestö. Myös kiireellisen hoidon tarpeen syyt ovat suurelta osin samoja kuin muulla väestöllä. Vammaiset

⁷⁴ www.sotkanet.fi

henkilöt tarvitsevat terveydenhuollon palveluja ja voivat tarvita myös päivystyksen palveluja muuta väestöä enemmän. Erityispiirteenä on se, että arjessa pärjääminen voi kokonaisuutena hankaloitua akuutin sairauden vuoksi helpommin, vaikkei itse sairaus olisi lääketieteellisesti vakava. Tämä voi edellyttää kiireellisen hoidon lisäksi asiakkaan muiden palveluiden arviointia ja tehostamista. Palvelukokonaisuudessa onnistuminen edellyttää tiivistä yhteistyötä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluiden välillä myös päivystysaikaan.

Kuten muullekin väestölle merkitsee ympärivuorokautisen päivystyksen ja leikkaustoiminnan sairaalaverkon harveneminen osalle vammaisista henkilöistä sitä, että heidän matkansa hoitopaikkoihin pitenevät. Tällöin kuljetuspalvelujen käyttö lisääntyy ajallisesti ja esteettömän kaluston riittävyys voi heikentyä. Toisaalta kaikki vammaiset henkilöt eivät tarvitse esteettömiä kuljetusneuvoja, vaan vammasta riippuen henkilöt voivat matkustaa tavallisissa henkilöautoissa. Henkilö voi olla myös oikeutettu saamaan korvauksia henkilökuljetuksista sairausvakuutuslain nojalla. Muutoin vammaiset käyttävät terveydenhuollon palveluihin päästäkseen samoja kulkuvälineitä kuin muukin väestö ja tarvittaessa ensihoitoa palvelua.

Etä vastaanotot ja liikkuvat erityispalvelut voivat osaltaan vähentää muutoksen saavutettavuuteen liittyviä kielteisiä vaikutuksia. Toisaalta esimerkiksi näkövammaisilla henkilöillä etä vastaanottojen ja digitaalisten palveluiden saavutettavuus edellyttää, että palvelut ovat yhteensopivia näkövammaisten henkilöiden käyttämien apuvälineiden kanssa, ja ongelmat yhteensopivuudessa merkitsevät, ettei näistä palveluista ole apua kompensoimaan maantieteellisten etäisyyksien pitenemisestä aiheutuvia kielteisiä vaikutuksia. Keskittäminen voi toisaalta myös mahdollistaa tukipalvelujen, esimerkiksi tulkkien käyttöä.

Harvinaisissa sairauksissa ja monissa erityiskysymyksissä keskittäminen voi lisätä osaamista ja näin parantaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta

4.2.4.4 Lapset, nuoret ja perheet

Suomessa oli vuonna 2022 Tilastokeskuksen mukaan 550 000 perhettä, joissa on vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi. Lapsiperheissä oli yhteensä hieman yli miljoona alaikäistä lasta. Lapset ja lapsiperheet käyttävät paljon terveydenhuollon palveluja ja myös päivystyspalveluita. Lasten ja nuorten perusterveydenhuollontasoiset kiireellisen hoidon tarpeet ovat tyypillisesti infektioita ja pieniä traumoja, joissa terveyshyödyn näkökulmasta yöaikainen hoito on harvoin tarpeen.

Saavutettavuudessa on alueellisia eroja erityisesti maaseudulla. Esimerkiksi itsenäisesti terveyspalveluihin kulkevilla teini-ikäisillä matkojen pidentyminen saattaisi tuoda haasteita. Keskittämisessä on kyse erityisesti yöaikaisesta palvelusta, jolloin vaikutuksia lapsiin ja lapsiperheisiin vähentää se, että hyvinvointialueilla voi olla kiirevastaanottoa ja muuta ilta- ja viikonloppuaikaista julkista palvelua. Olisikin huolehdittava siitä, että riittävät arkisin ja iltaisin toimivat lähipalvelut täydennettynä etäpalveluilla ovat tarpeen mukaisesti käytettävissä sekä somaattisissa että mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvissä asioissa.

Esityksen vaikutukset kohdistuvat enemmän niiden perheiden lapsiin, joilla ei ole mahdollisuuksia käyttää kiireellisissä yleislääkärin hoitoa vaativissa tilanteissa yksityisiä terveyspalveluja. Finanssiala ry:n tilastojen mukaan lähes puolet avio- tai avoliitossa elävistä, joilla on alle 18-vuotiaita lapsia, on hankkinut sairauskuluvakuutuksen itselleen tai lapsilleen. Yksinhuoltajista, joilla on alle 18-vuotiaita lapsia, sairauskuluvakuutuksen oli hankkinut itselleen tai lapsilleen 36 prosenttia vastaajista. Tällaisten yksityisten palveluiden saatavuutta rajoittaa myös se, että niitä on tyypillisemmin saatavissa vain isoimmissa kaupungeissa ja etäpalveluina.

Vaativammissa päivystyksellisissä tilanteissa koko väestö asioi hyvinvointialueen järjestämissä palveluissa. Vaativammissa päivystyksellisissä tilanteissa osalla lapsipotilaista ja heidän perheistään matka-aika ympärivuorokautiseen päivystykseen pitenisi. Toisaalta esityksen avulla turvattaisiin asianmukainen osaaminen ja resurssi näissä yksiköissä. Lasten vaativa päivystyksellinen hoito vaatii tyypillisesti erityisosaamista ja osaamisen ylläpitoa muun muassa riittävän tapausmäärän kautta.

Synnytysten hoidon päätyminen Länsi-Pohjan sairaalassa edellyttää raskaana olevien ohjausta ja neuvontaa neuvolapalveluissa sekä joissakin tapauksissa mahdollisesti potilashotellitoiminnan käyttöä synnytysten hoidon siirtyessä Lapin keskussairaalaan tai Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Aiempien kokemusten perusteella ei Suomessa matkasynnytysten määrä ole merkittävästi lisääntynyt, vaikka synnytyksiä hoitavia sairaaloita on vähennetty. Matkan piteneminen (noin 100-120 km) voi aiheuttaa huolta ja synnytyspelkoa. Pidemmät matkat synnytysairaalaan voivat vaikeuttaa myös puolison mahdollisuutta osallistua synnytykseen ja aiheuttaa haasteita perheen muiden lasten hoidolle synnytyksen aikana. Synnytystoiminnan keskittyminen isompaan ja volyymillisesti enemmän synnytyksiä hoitavaan sairaalaan varmistaa toisaalta osaamisen ja resursoinnin synnytysten ja vastasyntyneiden hoidossa.

4.2.4.5 Sukupuolivaikutukset

On olemassa paljon tutkimustietoa siitä, että palvelujen käytössä on eroja sukupuolten välillä. Kokonaisuutena naiset käyttävät enemmän terveyspalveluja. Toisaalta enemmistö ikääntyneistä on naisia, ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö lisääntyy iän myötä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Avohilmo-rekisterin mukaan vuonna 2022 naiset tekivät terveydenhuollon avohoidon käynneistä 58 prosenttia ja miehet 42 prosenttia. Toisaalta väestötasolla miesten terveys on naisia huonompi esimerkiksi odotettavissa olevalla eliniällä mitattuna. Muun muassa itsemurhat kasautuvat miehille. Miehillä päihdehäiriöt ja riippuvuudet ovat huomattavasti yleisempiä kuin naisilla.

Koko terveydenhuollon palvelujärjestelmän osalta esitetyt muutokset ympärivuorokautisen päivystyksen ja raskaan leikkaustoiminnan keskittämällä käytännössä kohdistuisivat täten hieman enemmän naisiin kuin miehiin. Toisaalta nimenomaan yöpäivystyksen keskittäminen voi vaikeuttaa etenkin miesten hoitoon hakeutumista esimerkiksi päihdeasioissa. Kuten edellä on kuvattu, olisi varmistettava virka-aikainen sekä ilta- ja viikonloppuaikainen toiminta, jotta asiointi yöaikaan ei olisi tarpeen.

Länsi-Pohjan sairaalan synnytysten hoidon lopettamisen vaikutukset kohdistuisivat etenkin alueen raskaana oleviin naisiin, mutta jossain määrin myös miehiin puolisoina.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä valtaosa on naisia. Sairaanhoitajista naisia on hieman yli 90 prosenttia. Miesten osuus on ollut hienoisessa nousussa parin viime vuoden aikana. Lääkäreistä noin 60 prosenttia on naisia. Työikäisistä sairaalaerikoisalojen lääkäreistä 44 prosenttia on miehiä, mutta kirurgian erikoisaloilla miehiä on 63 prosenttia. Ympärivuorokautisten päivystysten ja raskaan leikkaustoiminnan keskittäminen voivat vaikuttaa henkilöstöön joko siten, että työtehtävät voivat muuttua, tai siten, että työpaikka siirtyy toiseen sairaalaan tai yksikköön. Oletettavasti hoitohenkilökunnasta suurempi osa haluaa jäädä asumaan samalle paikkakunnalle, vaikka työtehtävät muuttuisivat. Etenkin leikkaustoimintaan osallistuvat erikoislääkärit voivat todennäköisemmin siirtyä sairaaloihin, missä leikkaustoiminta jatkuu. Uudistuksella on näin ollen vaikutuksia henkilöstöön, mutta ne eivät ole selkeästi sukupuoleen liittyviä.

4.2.4.6 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjät

Mielenterveys- ja päihdehäiriöille on tyypillistä, että hoidon viivästyminen aiheuttaa oireilun vaikeutumista ja toimintakyvyn heikkenemistä, ja tämä koskee vakavissa mielenterveyden häiriöissä myös päivystyksellisiä tilanteita. Tiedetään, että mielenterveys- tai päihdeongelma itsessään vaikeuttaa hoidon hakemista, jolloin hoitoon pääsy olisi tehtävä mahdollisimman kynnyskettömäksi ja viivytyksettömäksi. Pitkä matka päivystykseen saattaa estää avun tarvitsijaa hakemasta apua. Mielenterveyshäiriöiden hoidossa akuuteissakin tilanteissa etänä annettu apu on usein tehokas, ja tätä olisi mahdollista edelleen kehittää. Olisi kuitenkin huolehdittava siitä, että henkilöllä on mahdollisuus tällöin saada nopeasti tarpeen mukaista apua virka-aikana asuinalueensa lähipalveluista. Mielenterveyden tai päihdeongelman riittävä tunnistaminen on palvelujärjestelmässä ollut haasteellista. Keskitetyissä päivystyspalveluissa voidaan todennäköisesti paremmin turvata psykiatrin erityisosaaminen, ja taata laadukkaampi päivystysapu sekä varmistaa päivystysasetuksen vaatimusten toteutuminen.

Psykiatrian erikoisalan päivystyksellisen avun saamiseen esitys ei toisi muutosta Länsi-Pohjan, Oulaskankaan, Salon tai Savonlinnan sairaaloiden vastuuväestöjen osalta, sillä näillä sairaaloilla ei ole ollut psykiatrian erikoisalojen ympärivuorokautista päivystystä. Osassa on päiväaikaista poliklinikkatoimintaa ja ympärivuorokautista osastotoimintaa, mikä voisi jatkua. Lasten- tai nuorisopsykiatrian alojen ympärivuorokautiseen päivystykseen esityksellä ei olisi vaikutusta, sillä näiden alojen erillistä ympärivuorokautista päivystystä ei esityksen mukaisten muutosten kohteena olevissa sairaaloissa ole ollut.

Kemissä ja Savonlinnassa väestölle avoin ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys tai rajattu erikoissairaanhoidon päivystys voisi jatkua, jolloin mielenterveyteen liittyvissä äkillisissä tilanteissa voisi edelleen hakeutua myös yöaikaan lähisairaalan päivystykseen. Perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystystoiminta päättyisi Raahen, Iisalmen, Varkauden ja Jämsän yksiköissä samoin kuin väestölle avoin ympärivuorokautinen päivystys Oulaisissa ja Salossa. Näillä alueilla mielenterveysongelmien perustason yöaikainen päivystyksellinen arviointi- tai hoitopaikka sijaitsisi siis aiempaa kauempana.

Yöaikaisista psykiatrisista syistä tapahtuneista käynneistä ei ole saatavilla tarkkaa tilastotietoa, mutta esimerkiksi vuonna 2023 Oulaskankaan yhteispäivystyksen käynneistä on hoitoilmoitusrekisterin tietojen perusteella noin 3% tapahtunut mielenterveyssyistä. Kun yöaikaan käyntien keskiarvo ja mediaani on hyvinvointialueen oman ilmoituksen mukaan ollut 10, niin voidaan arvioida, että viikoittain mielenterveyssyistä tapahtuvia yöaikaisia käyntejä on keskimäärin yhdestä kahteen. Savonlinnan sairaalan yhteispäivystyksen käynneistä on hoitoilmoitusrekisterin tietojen perusteella noin 3% tapahtunut mielenterveyssyistä. Savonlinnassa klo 22–07 välillä tapahtuvien kaikkien päivystyskäyntien mediaani on 4 ja mediaani 5. Tällöin voidaan arvioida, että yöaikaisia mielenterveyssyistä tapahtuvia käyntejä on alueella pääsääntöisesti harvemmin kuin viikoittain. Iisalmen perusterveydenhuollon päivystysyksikössä, missä yöaikainen päivystystoiminta päättyisi, käyntien määrä on tätäkin vähäisempi.

Alueiden välillä voi olla eroja, mutta yöaikaisten mielenterveyssyistä tapahtuvien käyntien määrän ei voi arvioida millään kyseessä olevalla alueella olevan erityisen suuri. Äkillisissä tilanteissa etänä saatu neuvonta tai hoito voisi osassa tapauksista olla riittävää. Päivä-, ilta- ja viikonloppuaikainen kiirevastaanottotoiminta voisi jatkua näissäkin yksiköissä. Kiireellisissä tilanteissa arviointi, avun saanti ja saattaminen oikeaan hoitopaikkaan voitaisiin hoitaa tarvittaessa myös ensihoidon kautta. Todennäköisesti ensihoidon käyttö näillä alueilla jonkin verran lisääntymään. Tahdosta riippumattoman hoidon arvioissa henkilön arviointi

joudutaan tälläkin hetkellä usein tekemään muualla kuin lähipalvelua tarjoavassa yksikössä. Mielenterveyslain 31 §:n 1 momentin perusteella annettava virka-apu eli poliisin virka-apu ensihoitoyksikön vastuulla olevan kuljetuksen avustamiseksi saattaisi sitoa myös enemmän poliisin resurssia, kun etäisyydet terveydenhuollon toimintayksiköihin kasvavat. Muutos voi edellyttää toiminnan muutoksen suunnittelua yhteistyössä poliisin kanssa. Koska yöaikaisten mielenterveyssyistä tapahtuvien käyntien määrän ei voida arvioida millään kyseessä olevalla alueella olevan erityisen suuri, ei myöskään virka-avun resurssitarpeen muutoksen voida arvioida yleisesti kasvavan merkittävästi.

Kuusankosken psykiatrinen sairaala sijaitsee 8 kilometrin päässä Kouvolan perusterveydenhuollon ympärivuorokautisesta päivystyksestä, ja sairaala on vastaanottanut potilaita myös yöaikaan päivystyksessä tehdyn lähetteen perusteella. Kuusankosken psykiatrian osastopäivystäjät on tarpeen mukaan ollut perusterveydenhuollon konsultoitavissa, ja voi olla jatkossakin. Kouvolan Ratamokeskukseen jäisi mahdollisuus ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä, mikä yöaikaan pääsääntöisesti oletettavasti riittäisi vastaamaan Kuusankosken psykiatrisen sairaalan somaattisten sairauksien yöaikaisen tutkimuksen ja hoidon tarpeeseen. Samalla tällainen päivystys jatkossakin palvelisi Pohjois-Kymenlaakson väestöä mielenterveys- ja päihdeasioissa myös yöaikaan. Hoitoilmoitustietojen perusteella Kouvolan ympärivuorokautisessa päivystyksessä on koko vuonna 2022 tehty psyykkisen sairauden vuoksi yhteensä 281 käyntiä klo 22–07 välillä, suurimpana ryhmänä 18–64 vuotiaat. Osalle potilaista voitaisiin tarjota neuvontaa ja hoitoa etänä, ja lähipalveluiden toimintaa ja kiirevastaanottoja kehittämällä voitaisiin kysyntää vähentää.

Psykiatristen sairaalaosastojen niin sairaalan sisäisen päivystystoiminnan osalta esitetään, että se saisi jatkua tarpeen mukaisesti. Päivystyspisteiden keskittäminen voisi kuitenkin vaikuttaa myös siihen, miten niiden sairaaloiden, joihin ei jää ympärivuorokautista poliklinista päivystystä, psykiatristen osastojen lääkäripäivystys järjestetään. Tällaisia osastoja on Länsi-Pohjan ja Oulaskankaan sairaaloissa sekä Iisalmen perusterveydenhuollon päivystyksen yhteydessä. Kahden jälkimmäisen yksikön osastot ovat avo-osastoja, eikä niissä toteuteta tahdosta riippumattomia hoitoja. Tahdosta riippumattomaan hoitoon ottaminen ja hoito edellyttävät, että yksikössä on saatavilla psykiatrian erikoisalojen erikoislääkäri taikka psykiatristen kiiretilanteiden hoitoon perehtynyt lääkäri, jolla on mahdollisuus neuvotella psykiatristen erikoisalojen erikoislääkärin kanssa. Länsi-Pohjan sairaalassa toteutetaan myös tahdosta riippumatonta hoitoa. Osastojen yöaikainen päivystys on järjestetty erikoisalan oman psykiatrian päivystysringin toimesta. Tällä esityksellä ei olisi vaikutusta siihen. Läsnaoloa vaativien ympärivuorokautisten päivystyspisteiden keskittäminen saattaisi kuitenkin kokonaisuudessaan helpottaa psykiatrian erikoisalan päivystysresursointia hyvinvointialueilla ja turvata siten kansalaisten laadukkaan hoidon saannin. Koska esityksen kohteena olevissa päivystysyksiköissä ei ole tällä hetkellä psykiatrian erikoisalan päivystystä, ei esityksellä kuitenkaan voi arvioida olevan merkittävää vaikutusta psykiatrian resurssien jakautumiseen. Psykiatrisilla osastoilla olevat potilaat voivat tarvita myös päivystyksellistä somaattista hoitoa, mikä tulisi huomioida yhteistyössä kunkin sairaalan tai kampuksen somaattisten osastojen yöaikaista päivystystä suunniteltaessa.

4.2.4.7 Kielelliset oikeudet

Perustuslain 17 §:ssä säädettyä oikeutta omaan kieleen ja kulttuuriin käsitellään esityksen jaksossa 12 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys. Järjestämislain 5 §:n 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi kaksikielisen hyvinvointialueen alueella siten, että asiakas saa ne valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi. Kielilainsäädäntöä on käsitelty tarkemmin jaksossa 2.1.1. Hyvinvointialueista seitsemän on kaksikielisiä. Näitä ovat Keski-Pohjanmaa, Pohjanmaa, Varsinais-Suomi, Länsi-

Uusimaa, Vantaa-Kerava, Itä-Uusimaa ja Kymenlaakso. Lisäksi Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä ovat kaksikielisiä. Pohjanmaa on ainoa hyvinvointialue, jossa ruotsi on enemmistökieli.

Esityksen mukaan kaikilla yllä kuvatuilla hyvinvointialueilla säilyisi monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys alueen keskussairaalassa tai yliopistollisessa sairaalassa, eli nykyisinkin näissä sairaaloissa voimassa olevaan kaksikieliseen palveluun ei tulisi muutoksia. Varsinais-Suomen hyvinvointialueella Salossa ei jatkossa voisi ylläpitää tällaista päivystystä. Kouvolassa saisi jatkossa ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä, mutta ei nykyisen kaltaista akuuttilääketieteen päivystykseksi kutsuttua päivystystä. Esityksellä ei rajoitettaisi HUS-yhtymän mahdollisuutta tehdä itse päätöksiä tällaisen päivystyksen ylläpidosta sairaaloissaan.

Lisäksi perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitomahdollisuus jäisi esityksessä kielellisten oikeuksien toteutumisen turvaamiseksi hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän päätöksellä Pietarsaareen ja Raaseporiin, joissa on nykyisinkin toiminut tällainen päivystys sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla. Tilastokeskuksen vuoden 2022 tietojen mukaan Pietarsaaressa ruotsinkielisiä on väestöstä 55,3 % ja Raaseporissa 64,0 %. Oikeusministeriön Kielibarometri 2020 -julkaisun mukaan tyytyväisimpiä sosiaali- ja terveyspalveluissa kielellisten oikeuksien toteutumiseen ovat paikallisessa enemmistöasemassa asuvat ruotsinkieliset. Kaksikielisten, enemmistökieleltään ruotsinkielisten kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut toimivat erittäin hyvin ruotsiksi.⁷⁵ Alueellisen päätöksen perusteella Raaseporissa ei tällä hetkellä ole ympärivuorokautista päivystystä. Tämä esitys ei velvoittaisi päivystyksen ylläpitoon mainituilla paikkakunnilla, vaan kyse olisi siis mahdollisuudesta alueellisen päätöksenteon perusteella.

Paikkakunnilla, joissa nyt ylläpidettävään päivystykseen kohdistuisi muutoksia, asukkaista vain pieni osa on ruotsinkielisiä (0–1,2 %). Kielibarometri 2020 -julkaisun mukaan ruotsinkielistä palvelua on haastavampaa saada, jos asuu kunnassa, jossa ruotsi on vähemmistökieli.⁷⁶ Varsinais-Suomen hyvinvointialueella Turku on kaksikielinen kunta, ja ruotsi on asukkaiden enemmistökielenä Kemiönsaaressa ja Paraisilla. Salon sairaalan yöaikaisen päivystyksen lakkaamisen seurauksena ruotsia puhuvat henkilöt pääasiallisesti todennäköisesti hakeutuvat Turun sairaalaan, joka siis sijaitsee kaksikielisessä kunnassa, toisin kuin nykyinen Salon sairaala. Kielibarometri 2020 -julkaisun mukaan Pohjanmaa- Uusimaa- Turunmaa –vertailussa ruotsinkielisen vähemmistön ruotsiksi saama palvelu vaikuttaa saavan heikoimmat arvot Turunmaalla.⁷⁷ Kymenlaaksossa Pyhtään kunnassa ruotsi on asukkaiden enemmistön kieli. Kymenlaaksossa Kouvola tai Kotka kumpikin sijaitsevat suomenkielisillä paikkakunnilla. Näin arvioiden esityksestä ei aiheutuisi merkittäviä muutoksia juuri kielellisten oikeuksien toteutumisen kannalta.

Vaikka kaksikielisillä alueilla palvelut on järjestettävä siten, että potilas saa palvelut joko suomeksi tai ruotsiksi riippumatta siitä, missä potilas asuu, esityksen käytännön vaikutuksia tunnistettaessa voidaan tarkastella myös etäisyyksien muutoksia erityisesti kaksikielisistä kunnista tai kunnista, joissa enemmistökieli on ruotsi. Kemiönsaaren etäisyys autolla ajaen on

⁷⁵

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162837/OM_2021_2_SO.pdf?sequence=4&isAllowed=y, s. 78

⁷⁶ *ibid.* s. 78

⁷⁷ *ibid.* s. 76

Salosta 48 km ja Turusta 64 km ja Paraisen etäisyys autolla ajaen Salosta 62 km ja Turusta 26 km. Pyhtään etäisyys autolla ajaen Kouvolasta on 70 km ja Kotkasta 27 km.

Järjestämislain 5 §:n 2 momentin mukaan asiakkaalla on oikeus käyttää saamen kieltä saamelaiden kotiseutualueen kunnissa tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä Lapin hyvinvointialueen alueella sellaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, joita tuotetaan vain kotiseutualueen kuntien ulkopuolella sijaitsevista toimintayksiköissä. Lisäksi asiakkaalla on oikeus käyttää saamen kieltä Lapin hyvinvointialueen alueella kotiseutualueen kuntien ulkopuolella sijaitsevista toimintayksiköissä tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, jotka Lapin hyvinvointialue on osoittanut kotiseutualueen kuntien asukkaiden käytettäväksi järjestämislain 4 §:ssä tarkoitetun palvelujen saavutettavuuden perusteella.

Saamen kielen on väestötietojärjestelmään ilmoittanut äidinkielekseen noin 2000 ihmistä. Tiedot kuitenkin ovat viitteellisiä, sillä monet saamelaiset eivät ole rekisteröineet jotain kolmesta saamen kielestä äidinkielekseen. Oikeus käyttää saamen kieltä määräytyy edellä kuvatun lainsäädännön mukaan, eikä sinänsä ole siis esimerkiksi suoraan sidottu asuinpaikkaan Lapin hyvinvointialueella. Esityksen käytännön vaikutuksia tunnistettaessa voidaan kuitenkin tuoda esiin, että ainakin väestötietojärjestelmässä Kemin seudulla on huomattavasti vähemmän saamen kielen äidinkielekseen rekisteröineitä kuin pohjoisempana Lappia. Saamelaiden kotiseutualue sijaitsee Suomen pohjoisosassa. Maantieteellisesti Lapin keskussairaala Rovaniemellä on kotiseutualuetta lähempänä kuin Länsi-Pohjan sairaalaa Kemissä, ja siten Lapin keskussairaala on saamelaisalueella asuvien luontainen asiointisairaala. Lapin keskussairaala koskien ei esitetä lakimuutoksia. Esityksessä jäisi mahdollisuus ylläpitää Ivalossa perusterveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä. Ivalo sijaitsee Inarin kunnassa saamelaiden kotiseutualueella. Nykyisin päivystys toimii sosiaali- ja terveystieteiden poikkeusluvalla. Jatkossa asiasta voitaisiin päättää alueellisesti.

Länsi-Pohjan sairaalan toimintaan esitetyt muutokset monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen, synnytysten hoidon ja leikkaustoiminnan osalta ei arvioida juurikaan vaikuttavan saamenkielisten asemaan. Esityksen seurannaisvaikutuksena tosin voi olla, että Lapin hyvinvointialueella järjestellään palveluita uudelleen siten, että osa palveluista, lähinnä osa päiväkirurgiaa, voisi siirtyä Rovaniemeltä tehtäväksi Kemissä, jolloin matka saamelaisalueelta pitenisi. Osin saamenkieliset asioivat valtakunnan rajan yli myös Norjassa.

4.2.4.8 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudelle on useita määritelmiä ja se kuvaa osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaislaatua. Turvallinen hoito ja palvelut ovat näyttöön perustuvia ja vaikuttavia ja ne toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutuminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, jotka varmistavat hoidon ja palvelujen turvallisuuden ja suojaavat asiakkaita ja potilaita vahingoittumasta. Turvallisuuteen kuuluu myös tilojen, laitteiden ja tietojärjestelmien, tarvikkeiden ja lääkkeiden asianmukainen ja turvallinen käyttö sekä toimiva tiedonkulku.

Pelkästään potilasturvallisuuden poikkeamat ja niiden korjaaminen aiheuttavat OECD:n laskelmien mukaan kehittyneissä maissa lähes 15 % terveydenhuollon kustannuksista. Valtiontalouden tarkastusvirasto on arvioinut, että Suomessa vuosittain tähän kuluu yli miljardi euroa.⁷⁸ Jos hallituksen esityksessä ehdotetut muutokset heikentävät asiakas- ja

⁷⁸ Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 7/2021, s. 10

potilasturvallisuutta, sillä on sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuskehitykseen epäsuotuisa vaikutus.

Suomessa maantiede ja väestöprofiili ovat erityislaatuista ja erittäin vaihtelevia alueittain, mikä heijastuu palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen. Päivystysluonteisen hoidon tai avun tarpeessa kansalaisten yhdenvertaisuuden toteuttaminen olosuhteista, erityisesti etäisyyksistä, johtuen on haastavaa niin riittävän ja osaavan henkilöstön suhteen kuin palvelujen kustannustehokkaan tuotannon kannalta. Kaikki kansainväliset tutkimustulokset eivät ole erityispiirteiden vuoksi suoraan sovellettavissa Suomen olosuhteisiin.

Erikoissairaanhoidon ja päivystyksiä on pyritty keskittämään useissa maissa. Tutkimustietoa näiden toimenpiteiden vaikutuksista potilasturvallisuuteen sekä hoidon laatuun laajemmin on julkaistu lisääntyvästi viime vuosina. Potilasturvallisuuteen liittyviä tekijöitä ja tilanteiden ennakoimista voidaan analysoida sen mukaisesti, mikä palvelu tai mitkä palvelut ovat uudelleen organisoimisessa muutoksen kohteena, ja mitkä ovat keskeiset palvelun tai palveluiden asiakasryhmät. Lisäksi voidaan tunnistaa niitä hoidon laadun osatekijöitä, jotka ovat muutoksessa keskeisesti muuttumassa. Näitä hoidon laadun osatekijöitä ovat muun muassa hoidon saavutettavuus⁷⁹, joka liittyy kiinteästi potilaan ja hoitopaikan väliseen etäisyyteen, matka-aikoihin ja sen kustannuksiin sekä varsinaiseen odotusaikaan. Laatukäsitteen ulottuvuuksien jaottelussa puhutaan myös hoidon oikea-aikaisuudesta. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen määritelmän mukaan turvallisuus tarkoittaa kokonaisuudessaan sitä, että palvelut järjestetään, tuotetaan ja toteutetaan siten, että asiakkaan tai potilaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja taloudellinen turvallisuus eivät vaarannu.⁸⁰

Etäisyys hoitopaikan ja kotipaikkakunnan välillä ei Suomessa ole keskeinen väestön huolenaihe silloin kun kyse on erikoissairaanhoidon kiireettömään hoitoon pääsystä. Tämä on osoitettu Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen raportissa, joka on tehty valinnanvapaus lainsäädännön laajennuttua koskemaan erikoissairaanhoidon palveluita vuonna 2014⁸¹. Tutkimuksen mukaan potilaat ovat valmiita hakeutumaan hoitoon oman sairaanhoitopiirinsä (nykyisin hyvinvointialueensa) ulkopuolelle, kun heillä on siihen mahdollisuus. Näin valinnanvapaus nopeuttaa hoitoon pääsyä ja samalla jo olemassa olevien hoitoresurssien käyttö tehostuu. Kansainvälisissä tutkimuksissa on puolestaan osoitettu, että suurempi osa potilaista valitsee leikkaustoimenpiteisiinsä suorittavaksi tahoksi etäimmällä sijaitsevan hoitopaikan silloin, kun se on suurempi tai opetussairaala⁸². Osa potilaista kuitenkin esimerkiksi omaisten vierailujen tai tiheästi toistuvien hoitotapahtumien vuoksi valitsee mieluummin paikallisen palvelun.

Kiireellistä hoitoa virka-ajan ulkopuolella on Suomessa saatavilla sairaalan yhteispäivystyksissä, joissa perusterveydenhuollon vastaanoton lisäksi toimii yksi tai useampi

⁷⁹ Guagliardo MF: Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. International Journal of Health Geographics 2004, 3:3

⁸⁰ <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/asiakas-ja-potilasturvallisuuden-perehdytysmalli/>

⁸¹ Kortelainen M, Laine L, Lavaste K, Saxell T, Siciliani L. Improving Performance Through Allocation and Competition: Evidence from a Patient Choice Reform. VATT Working Papers 156, 2023

⁸² Bühn et al. Are patients willing to accept longer travel times to decrease their risk associated with surgical procedures? A systematic review. BMC Public Health (2020) 20:253
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8333-5>

erikoissairaanhoidon päivystäjä. Tämän kaltaisia ympärivuorokauden väestölle avoimia yksiköitä on useissa maissa suljettu tai niiden toimintaa ainakin suunniteltu rajoitettavaksi jollakin tavalla, sillä niiden ylläpidon kustannukset ja henkilöstön saatavuusongelmat ovat kaikkialla suuria. Tutkimuskirjallisuutta päivystysten sulkemisista ennakoiden tai sen jälkeen löytyykin nykyisin paljon. Tutkijat toisaalta korostavat, että löydökset ovat paitsi palvelujärjestelmäkohtaisia, myös ja hoidon tarpeeseen liittyviä. Yleinen löydös on kuitenkin se, että palveluiden käyttäjät ovat tietoisia päivystysten ruuhkaisuudesta, pitkistä odotusajoista ja huolissaan myös palveluiden laadusta kuormittuneessa yksikössä⁸³.

Myös kiireellisen hoidon tarpeessa ollaan valmiita hakeutumaan oman paikkakunnan ulkopuolelle, mikäli hoidon laatu keskitetyssä yksikössä koetaan lähiyksikköä paremmaksi⁸⁴. Väestön ominaisuudet (ikä, koulutustaso, työllisyys) eivät tutkimuksissa ole vaikuttaneet näihin näkemyksiin, mutta sukupuolilla on ollut matka-ajan suhteen eri preferenssejä.

Erikoissairaanhoitoa on laajalti keskitetty suurempiin yksiköihin ajatuksella, että hoidon laatu riippuu hoitotapahtumien, lähinnä toimenpiteiden määrästä. Kuolleisuus ja sen lisääntyminen on voimakas mahdollinen hoidon laadun mittari. Päivystysten keskittämisen vaikutuksia kuolleisuuteen on käyty hiljattain läpi Iso-Britannian terveysviranomaisten koostamassa kirjallisuuskatsauksessa. Systemaattisessa katsauksessa ei löydetty näyttöä siitä, että pidentynyt matka-aika tai etäisyys olisi vaikuttanut kuolleisuuteen, silloin kun tarkastelun kohteena ovat kaikki päivystyspalveluita käyttäneet. Kohonnutta riskiä havaittiin alaryhmissä muun muassa sydäninfarktipotilaiden osalta.⁸⁵ Toisaalta Tanskan merkittävän sairaalaverkon uudistuksen (2007–2016) jälkeen yksittäisissä sairauksissa tai tautitiloissa, kuten sepelvaltimotaudissa, aivoinfarkteissa, aortan aneurysmissa ja suurissa traumaissa, kuolleisuuslukumäärät (sairaala ja 30-päivän) paranivat, mutta suotuisa trendi kokonaiskuolleisuudessa kaikissa tapahtumissa 30 päivän kohdalla hidastui.⁸⁶ Monivammoissa aikaisempaa etäämmällä sijaitseva palvelu, joka on kooltaan suuremmassa yksikössä, on saavuttanut puolestaan parempia tuloksia⁸⁷. Taustalla on ajateltu olevan henkilökunnan lisääntynyt kokemus potilasvolyymien ollessa suurempia. Toisaalta tutkimuskirjallisuudesta löytyy näyttöä siitä, että sairaaloiden saavutettavuuden heikentäminen voi lisätä esimerkiksi vakaviin liikenneonnettomuuksiin liittyvää kuolleisuutta. Kuitenkin vaikeimmin sairaiden pelastaminen edellyttää sairaalalta riittävää osaamista ja laatua. Toimivalla, osaavalla ja riittävästi varustellulla ensihoidolla voidaan osin kompensoida pidempää matkaan laajan palvelun sairaalaan näillä potilailla⁸⁸.

⁸³ Harris P, et al. The Australian public's preferences for emergency care alternatives and the influence of the presenting context: a discrete choice experiment. *BMJ Open* 2015;5:e006820. doi:10.1136/bmjopen-2014-006820

⁸⁴ Bhattarai N, McMeekin P, Price CI, et al. Preferences for centralised emergency medical services: discrete choice experiment. *BMJ Open* 2019;9:e030966. doi:10.1136/bmjopen-2019-030966

⁸⁵ Chambers et al. Effects of service changes affecting distance/time to access urgent and emergency care facilities on patient outcomes: a systematic review. *BMC Medicine* (2020) 18:117 <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01580-3>

⁸⁶ Flojstrup M, Bogh SBB, Bech M, et al. Mortality before and after reconfiguration of the Danish hospital-based emergency healthcare system: a nationwide interrupted time series analysis. *BMJ Quality & Safety* 2023;32:202-213. <https://qualitysafety.bmj.com/content/32/4/202>

⁸⁷ Yaghoubian A, Lewis R, Putnam B, De Virgilio C. Impact on patient outcomes after closure of an adjacent trauma center. *Am Surg*. 2008;74: 930–4.

⁸⁸ Bertoli P, Veronica G (2017). The life-saving effect of hospital proximity. *Health economics* 26: 78-91.

Ympäri vuorokauden päivystävissä yksiköissä hoidetaan laajaa kirjoa erilaisia sairauksia, vammoja, päihtymystiloja ja sosiaalisia ongelmia, eivätkä keskittämisen periaatteet ole samankaltaisia kaikissa näissä tilanteissa⁸⁹. Erikoissairaanhoidon kiireellisinä vaativia tilanteita ovat äkillinen sepel- ja aivovaltimotapahtuma eli sydäninfarkti ja aivoinfarkti suurten vammojen ja valtimosuonten repeämien ohella. Nämä aikakriittiset, henkeä ja toimintakykyä uhkaavat tilanteet vaativat erityisosaamista ja hoidon aloittamista tietyn aikarajan sisällä, mutta kaikissa näissä tilanteissa on osoitettu keskitetyn hoitoyksikön paremmat hoitotulokset pienempiin yksiköihin verrattuna⁹⁰. On myös näyttöä siitä, että esimerkiksi äkillisessä sydäninfarktissa potilaan toipumiselle haitallisempaa on, jos ensikontakti on hoitoyksikkö, jolla ei ole riittäviä valmiuksia antaa hoitoa, kuin ammattitaitoisen ensihoidon suorittama kuljetus erikoistuneeseen yksikköön⁹¹. Ruotsalaiseen sydänrekisteriin perustuvassa tutkimuksessa havaittiin, että sairaaloiden sulkeutuessa ja etäisyyden pidentyessä selviytyminen sydäninfarktista heikentyi. Etäisyyden vaikutus näytti kuitenkin katoavan vuodessa, kun potilaat ja henkilöstö oppivat toimimaan uudessa toimintaympäristössä ja toimintamalleilla sekä ensihoitoon panostettiin⁹². Lisäksi uusien etäpalvelukäytäntöjen on osoitettu näissä tapahtumissa parantavan potilaiden ennustetta sydän- ja aivotapahtumissa. Edellä mainittujen kriittisten, osin henkeä ja toimintakykyä uhkaavien sairauksien ohella sairaaloiden päivystyspalveluita käyttävät myös lääketieteellisesti vähemmän vaativista terveydentilan heikentymisistä tai sosiaalisista ongelmista kärsivät. Myös näiden potilaiden ja asiakkaiden, erityisesti ikäihmisten, on osoitettu hyötynvän siitä, että kaikkein kriittisesti sairaimmat voidaan siirtää heidän hoitoonsa erikoistuneeseen yksikköön⁹³. Tuolloin hoitohenkilökunnan huomio ei keskity vain kriittisesti sairaimpiin ja hoidon laatu muilla potilasryhmillä on parempaa. Merkittävä osa potilasaineistosta sairaaloidenkin päivystyksissä olisi hoidettavissa perusterveydenhuollon kiireettömillä, päiväaikaisilla vastaanotoilla.⁹⁴

Valtiontalouden tarkastusviraston terveydenhuoltopalveluiden keskittämistä koskevassa tarkastuskertomuksessa (2024) todetaan, että edellisen keskittämisuudistuksen valtakunnallisesti yhtenäisen potilasturvallisuutta kuvaavan mittari- ja rekisteritiedon puutteiden takia potilasturvallisuuden kehittymistä ei ole kyetty arvioimaan eri yksiköiden välillä tai kansallisella tasolla. Tarkastuksessa haastatellut lääkärit ja hoitotyön asiantuntijat olivat yksimielisiä siitä, että suuremmilla yksiköillä ja toimenpidemäärillä on positiivisia vaikutuksia potilasturvallisuuteen etenkin harvinaisempien sairauksien hoidossa. Suuremmissa yksiköissä ja suuremmilla toimenpidemäärillä komplikaatiot ovat suhteellisesti harvinaisempia ja etenkin niiden hoitaminen onnistuu paremmin. Pienempien yksikköjen toiminnan laadussa on ollut suurempaa vaihtelua, koska mukana on ollut myös laadukasta työtä tekeviä yksiköitä. Tarkastushaastattelut osoittavat, että kansallisesti yhdenmukaisen potilasturvallisuustiedon puuttuessa vaikutusten arviointi on ollut hyvin vaikeaa. Keskittämisen myötä hoitoon pääsy oli

⁸⁹ Postma & Zuiderent-Jerak. Beyond Volume Indicators and Centralization. *Annals of Emergency Medicine*, 69 (6), 2017.

⁹⁰ Vaughan L, Browne J. Reconfiguring emergency and acute services: time to pause and reflect. *BMJ Qual Saf* 2023;32:185–188.

⁹¹ Kim M-S, Choi SH, Bae J-W, Lee J, Kim H, Lee WK (2021) Did inter-hospital transfer reduce mortality in patients with acute myocardial infarction in the real world? A nationwide patient cohort study. *PLoS ONE* 16(8): e0255839

⁹² Avdic D (2016). Improving efficiency or impairing access? Health care consolidation and quality of care: Evidence from emergency hospital closures in Sweden. *Journal of Health Economics*, 48: 44–60.

⁹³ Price C, McCarthy S, Bate A, et al. Impact of emergency care centralisation on mortality and efficiency: a retrospective service evaluation. *Emerg Med J* 2020;37:180–186.

⁹⁴ Reissell E, Tiirinki H, Nuorteva L. Sairaalapäivystysten nykytila – keskeiset haasteet toiminnassa ja arvioinnissa. Tutkimuksesta tiiviisti 50/2021, THL

heikentynyt, minkä koettiin vaikuttaneen potilaiden hoitojen viivästymiseen ja puutteellisiin kontroleihin, joka taas heijastuu suoraan potilasturvallisuuteen. Toiminnan ruuhkautumisen pahimmat ongelmat ovat koskeneet erityisesti keskitettyjä yhteispäivystyksiä. Tarkastushavaintojen mukaan ruuhkaisimmissa yhteispäivystyksissä kasvaa riski siihen, että vakavat tapaukset voivat jäädä huomaamatta ja että diagnoosiviiveet lisääntyvät. Keskittämisen myötä potilasturvallisuus voi heiketä myös siten, että toimintoja luovuttaneessa sairaalassa osaamis pohja kapenee ja esimerkiksi komplikaatioiden hoitaminen hankaloituu. Potilasvakuutuskeskuksen selvityksen mukaan päivystysten ruuhkautuminen on lisännyt diagnoosiviiveitä ja siten vaarantanut potilasturvallisuutta. Vuosien 2006–2007 ja 2016–2017 välisenä aikana korvattujen potilasvahinkojen vertailussa on havaittu diagnoosi- ja hoitoviiveiden selkeä, jopa yli 20 prosentin, kasvu. Potilasvakuutuskeskuksen mukaan diagnoosiviiveitä aiheuttavat päivystysruuhkat johtuvat ensisijaisesti hoitoketjun muiden osien ongelmista, kuten hoivakotien hoitaja- ja lääkäri-vaajeesta.⁹⁵

Tuoreen suomalaisen tutkimustiedon perusteella akuuttipotilaiden kuolleisuus voi lisääntyä, mikäli päivystykset ruuhkautuvat merkittäväksi. Ruuhkautumiseen voi liittyä 10 vuorokauden kuolleisuuden lisääntyminen mittaustavasta riippuen 38 tai 40 prosentilla. Päivystysten ruuhkautumista voisi aiheutua, mikäli päivystävien sairaaloiden lukumäärä vähenisi eikä niiden potilasmäärää pystyttäisi hallitsemaan.⁹⁶

Valtiontalouden tarkastusviraston ja tieteelliset havainnot korostavat sitä, että päivystyksissä tulisi hoitaa nimenomaan akuuttihoitoa tarvitsevia potilaita, mutta epätarkoituksenmukaista päivystykseen ohjautumista tulisi välttää ja toisaalta jatkohoitoon pääsyä sujuvoittaa monella tapaa. Nämä tavoitteet edellyttävät perusterveydenhuollon ja esimerkiksi kotihoidon palveluiden toimivuutta ja toisaalta riittävää kapasiteettia muun muassa ikäihmisten erilaisissa asumispalveluissa ja kotona pärjäämisen tukea, jotta päivystyksellistä hoitoa tarvitsemattomat pystytään kotiuttamaan. Yhteispäivystykset tai sairaalaan otto eivät saisi toimia ylivuotona tai ainoana ratkaisuna, jos muita palveluita ei ole tarjolla. Hyviä käytäntöjä ja alueilla käynnissä olevia kehittämistoimia on kuvattu muualla tässä esityksessä.

Myös perusterveydenhuollon päivystyksissä voi saada hoitoa kiireellisissä tilanteissa, ja osassa nykyisinkin yöaikaan. Käyntejä näissä yksiköissä on allokoituihin resursseihin nähden vähän ja kaikilla yksiköillä on mahdollisuus konsultoida alueensa sairaalaa tai erikoistunutta yksikköä tarvittaessa. Yöaikaisen hoidon tarpeellisuutta on vaikeaa arvioida kansainvälisen kirjallisuuden valossa, sillä tapa järjestää perusterveydenhuollon palveluita on usein erilainen kuin Suomessa. Vielä vuonna 1996 pidettiin toimivaa yleislääkäripäivystystä keinona hallita terveydenhuollon paisuvia kustannuksia⁹⁷, mutta nykyisin merkittävä osa päivystyksistä toimii vuokra- tai ostopalvelutyövoimalla, eivätkä kustannukset ole hallinnassa. Toimivat hoidon tarvetta arvioivat puhelinpalvelut ja muut neuvontakanavat kuten digitaaliset etäpalvelut ohjaavat potilaita oikeaan hoitopaikkaan eikä yöllisiä käyntejä tarvita enää aikaisemmin yleisille potilasryhmille. Ikäihmisten hakeutumista yöaikaisille terveyskeskuskäynneille erityisesti hoivalaitoksista voidaan ehkäistä toimivilla konsultaatiokanavilla. Käynnit perusterveydenhuollon päivystyksessä voivat olla haitallisia potilasturvallisuudelle, mikäli

⁹⁵ Terveyspalvelujen keskittäminen. Erikoissairaanhoidon työnjaon ja yhteispäivystyksen toimeenpano. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 6/2024, s. 57–58

⁹⁶ Eidstø A. ym. Emergency department crowding increases 10-day mortality for non-critical patients: a retrospective observational study. *Intern Emerg Med.* 2023;19:175-181. doi: 10.1007/s11739-023-03392-8

⁹⁷ Saarelma O, Kunnamo I. Avohoidon päivystys on terveydenhuollon näyteikkuna. *Duodecim* 1996;112(6):451.

kriittisesti sairaalla hakeutuminen erikoistuneeseen hoitopaikkaan viivästyy. Myöskään vanhusten tilannetta ei useinkaan paranna yöaikainen hoito perusterveydenhuollon päivystyksessä, jonne ohjaamista tulisi aina punnita tarkkaan.

Tutkimustieto potilasturvallisuudesta nojaa potilasryhmiin tai väestötason analyyseihin. Yksittäisen potilaan kohdalla etäisyys ympärivuorokautisesta päivystyksestä voi huonontaa terveydentilaa tai vaikuttaa ennusteeseen osana kokonaisuutta. Päivystyksen saavutettavuuden osuutta potilaan tilanteen kehittymiseen ja siten suoraa syy-seuraussuhdetta on kuitenkin usein vaikea osoittaa yksilön kohdalla. Toisaalta yksittäiselle potilaalle voi olla riski, että hänet viedään hoitoon yksikköön, jossa palveluvalikoima tai osaaminen ei riitä tilanteen hallintaan, vaan hänet joudutaan viiveellä kuljettamaan toiseen sairaalaan tarvitsemaansa hoitoa varten.

Suurissa järjestelmätason muutoksissa kuten päivystävien yksiköiden sulkemisissa tai siirroissa on oleellista, että muutosten vaikutuksia väestön palveluiden potilasturvallisuuteen seurataan. Kansallisesti potilas- ja asiakasturvallisuuden seurannassa on ollut viime vuosiin saakka puutteita, sillä toimivaa seuranta- ja raportointijärjestelmää ei aikaisemmin ollut. OECD:n raportti vuodelta 2020⁹⁸ kuvaa, että Suomessa on käytössä pohjoismainen potilasturvallisuuden seurantalomake ja että seuranta tehdään sairaaloiden ja klinisten yksiköiden (esim. osastot, toimiala) tasoilla. Sairaaloiden on myös raportoitava mahdolliset havaitut poikkeamat potilasturvallisuusstandardeista, esimerkiksi vaaratilanteet. Toimintayksiköillä on ollut käytössä näiden lisäksi haittailmoitusten raportointijärjestelmä eli HaiPro, johon havaittujen potilas- ja asiakasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien kirjaaminen toimii vapaaehtoisella ja luottamuksellisella pohjalla. Tämä raportointityökalu mahdollistaa vaaratapahtumista oppimisen alan ammattilaisille vaaratilanteiden ehkäisemiseksi. Kansalliset potilasturvallisuusstrategiat vuosilta 2009–2014, 2017–2021 ja 2022–2026 suosittelivat potilasturvallisuuden kehittämisen työkalujen käyttöä.

Keskittämisasiäsetuksen 3 §:n 1 momentin 7 kohdan mukaan valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista varten on säädetty Pohjanmaan hyvinvointialueelle asiakas- ja potilasturvallisuuden kehittämisen ja suunnittelun kansallisen yhteensovittamisen tehtävät. Pohjanmaan hyvinvointialueen ylläpitämänä toimii asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus, jonka toimintaa sosiaali- ja terveysministeriö on rahoittanut vuodesta 2020. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus julkaisee raportointityökaluja⁹⁹, jotka on suunnattu johdolle, ammattilaisille, asiakkaille ja potilaille tai koko väestölle. Näissä käytettävät asiakas- ja potilasturvallisuuden mittarit on suunniteltu yhdessä kaikkien hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kanssa. Työkalujen avulla voidaan arvioida potilasturvallisuutta eri näkökulmista sekä muun muassa suunniteltujen muutosten vaikutuksia, mihin hyvinvointialueet voivat hyödyntää esimerkiksi helmikuussa 2024 julkaistua työkalua¹⁰⁰, jonka käyttö edellyttää yksikkökohtaisia suorite- ja taloustietoja.

4.2.4.9 Vaikutukset henkilöstöön ja työllisyysvaikutukset

Yleistä

⁹⁸ de Bienassis K ym. Culture As a Cure: Assessments of Patient Safety Culture in OECD Countries. OECD Health Working Paper No. 119, 2020.

⁹⁹ <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/tyokaluja/>

¹⁰⁰ <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/muutosten-vaikutusten-arviointityokalu/>

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toimiala on Suomen suurin työllistäjä toimialoittaisessa tarkastelussa¹⁰¹. Se työllisti vuonna 2022 yhteensä noin 430 000 henkilöä ja on työllisyydeltään selvästi suurempi kuin toiseksi suurin toimiala teollisuus. Toimiala työllistää myös muita osajia kuin pelkästään sosiaali- ja terveystalouden koulutuksen saaneita. Nykytilassa lähes kaikissa terveydenhuollon ammateissa on henkilöstövajetta. Alalla käydään myös kilpailua työvoimasta julkisen ja yksityisen sektorin kesken. Palkansaajien henkilömäärä nimenomaan yksityiselle sektorilla on kasvanut, sitä vastoin julkisella sektorilla vähentynyt¹⁰². Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan merkitys on tuottaa terveyttä, hyvinvointia, työkykyä ja sairauksien hoitoa myös muiden toimialojen työllisille ja työvoiman ulkopuolella oleville. Näin ollen sairaalaverkon ja yöpäivystysten muutokset voivat heijastua yhteiskuntaan ja työllisyyteen, myös toimialariippumattomasti.

Esityksellä on vaikutuksia nykyiseen henkilöstöön eri sairaaloissa ja muissa toimintayksiköissä. Osa vaikutuksista voi olla negatiivisia. Niiden toimintayksiköiden, joita muutokset koskevat, nykyinen henkilöstö ei todennäköisesti ole kaikilta osin halukas siirtymään uusiin tehtäviin tai työn perässä toiselle paikkakunnalle. Tämän arvioidaan koskevan erityisesti tietyn erikoisosaamisen ammattihenkilöitä, käytännössä erikoislääkäreitä ja erityisosaamiseen koulutettuneita sairaanhoitajia. Toisaalta monelle terveydenhuollon ammattihenkilölle löytyy samalta paikkakunnalta mielekkäitä työtehtäviä muista hyvinvointialueen toiminnoista. Lainmuutosten jälkeen on mahdollista, että sellaisilta alueilta, joissa toimintaa poistuu tai vähenee, tapahtuu henkilöstön siirtymää yksityiselle sektorille. Voi tapahtua myös siirtymää muille toimialoille- ja ammatteihin, mikäli se on alueella ja henkilölle mahdollista. Lisäksi siirtymät työttömyyteen voivat olla mahdollisia, mikäli esimerkiksi alan ammattilaisen työssäkäynti toisella paikkakunnalla ei ole käytännössä mahdollista (esimerkiksi autottomuus ja samanaikainen julkisen liikenteen vähäisyys, perhesyyt). Osa nykyisin päivystävän henkilöstön tulonmuodostuksesta koostuu merkittävässä määrin päivystysajan korvauksista, jotka jäisivät osin pois niissä yksiköissä, joissa ei enää olisi ympärivuorokautista päivystystä. Näin ollen yksittäisten työntekijöiden ansiot voivat pudota, elleivät he siirry päivystämään toisiin yksiköihin. Toisaalta suuremmissa yksiköissä on usein hyvä mahdollisuus osaamisen systemaattiseen kehittämiseen ja ammattitaidon lisäämiseen sekä urakehitykseen, mikä voi olla merkityksellistä osalle nykyisestä henkilöstöstä ja edesauttaa siirtymistä tehtävien perässä.

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuksen 6/2024 haastatteluissa tuotiin esiin, että vain pieni osa pienten sairaaloiden leikkaus- ja anestesiahoitajista on siirtynyt keskitettävien tehtävien mukana keskussairaaloihin ja yliopistollisiin sairaaloihin. Tarkastuksen mukaan tällä hetkellä tarkkaa tietoa ei ole siitä, paljonko henkilöstöä siirtyy keskitettävien tehtävien mukana sairaalasta toiseen tai toiselle hyvinvointialueelle.¹⁰³

Hallituksen esityksessä ei ole mahdollista arvioida vaikutuksia yksittäisen sairaalan, yksittäisen erikoisalan tai muun terveydenhuollon toimintayksikön tai toiminnon nykyisen henkilöstön määrään, tehtäviin tai niiden muutoksiin. Riittävä tietopohja ja kunkin alueen toiminnan,

¹⁰¹ Tevameri, Terhi (2024) Sote-palveluala. Työelämän sekä yksityisen sektorin viimeaikaiset kehityssuunnat. TEM toimialaraportit 2024:2.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165580/TEM_2024_2_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

¹⁰² Tilastokeskus, työvoimatutkimus.

¹⁰³ Terveyspalvelujen keskittäminen. Erikoissairaanhoidon työnjaon ja yhteispäivystyksen toimeenpano. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 6/2024, s. 31–33

tilannekuvan kehityksen sekä nykyisen henkilöstön osaamisprofiilin tuntemus on kullakin hyvinvointialueella.

Pidemmällä aikavälillä esityksen vaikutukset liittyvät saatavissa olevan henkilöstön kohdentamiseen eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ja jakaantumiseen eri alueille. Olennaista hyvinvointialueiden järjestämisvastuun näkökulmasta on erityisesti uuden, parhaillaan kouluttautuvan henkilöstön sijoittumisen mahdollisuus kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla suhteessa kaikkiin hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla oleviin eri toimintoihin.

Esityksen vaikutuksena pystytään paremmin turvaamaan henkilöstön ja osaamisen riittävyyttä yliopistollisten sairaaloiden ja keskussairaaloiden ympärivuorokautiseen päivystyksen ja raskaaseen operatiiviseen toimintaan ja siihen liittyviin muihin toimintoihin. Toisaalta varallaolon vähetessä voidaan henkilöstöresurssia allokoida myös peruspalveluihin ja muihin hyvinvointialueiden palveluihin. Henkilöresurssia voitaisiin kohdentaa monipuolistamaan tai lisäämään muuta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarjontaa, kuten virka-ajan lisäksi iltaisin ja viikonloppuisin tarjottavat palvelut, niin kutsutut jalkautuvat ja liikkuvat palvelut sekä etä- ja digitaaliset palvelut. Lainmuutoksilla voidaan osaltaan todennäköisesti vähentää vuokratyövoiman ja muiden ostopalveluiden käytön tarvetta päivystyksissä.

Jotta tavoitellut myönteiset vaikutukset henkilöstöön toteutuvat, tarvitaan työn houkuttelevuudeksi eri yksiköissä monia toimia henkilöstötilanteen ratkaisemiseksi. Hyvän työn ohjelmassa (kuvattu jaksossa 2.2.4) on esitetty muun muassa koulutusmääriin, ammattilaisten työtehtävien ja työnjaon kehittämiseen, rekrytoinnin laajentamiseen sekä alan veto- ja pitovoimaan liittyviä toimia, joita on syytä jatkaa kaikilla hyvinvointialueilla. Esityksen toimeenpano edellyttää hyvinvointialueilta hyvää työnantajan ja työntekijöiden yhteistoimintaa, jolla alue-, toimintayksikkö- ja yksilökohtaisesti mahdollistuvat tarkoituksenmukaisimmat ratkaisut töistä, tehtävistä ja toiminnoista.

Lääkärit

Laajassa eurooppalaisessa tutkimuksessa selvitettiin syitä lääkärivajeelle syrjäseuduilla¹⁰⁴. Tutkimuksen mukaan lääkärit arvostavat työssään ammatillista tukea kollegoilta ja mahdollisuuksia ammatilliseen kehittämiseen.

On todennäköistä, että lääkäreitä siirtyisi niihin sairaaloihin, joissa on parhaat koulutus-, työ- ja etenemismahdollisuudet sekä laajan palveluvalikoiman mukanaan tuomia ammatillisia mielekkäitä haasteita. Tämä saattaisi jonkin verran vaikeuttaa rekrytointia muissa sairaaloissa, erityisesti niissä, joissa ei voisi tehdä raskasta kirurgiaa. Toisaalta ympärivuorokautisen päivystysvelvollisuuden vähäisyys tai poistuminen, työajan painotus päiväaikaan työskentelyyn sekä volyymiltään runsas päiväkirurgisten toimenpiteiden osuus voi olla myös rekrytointivaltti osalle lääkäreistä. Erikoistuville lääkäreille nämä sairaalat voisivat olla osin houkuttelevia erikoistumisyksiköitä, mikäli luodaan suunniteltuja koulutuskokonaisuuksia. Ympärivuorokautiseen päivystykseen halukkaille olisi mahdollisuus jatkaa päivystystä yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaaloissa, vaikka tietyissä yksiköissä ei päivystystä enää olisikaan. Laaja siirtyminen yksityissektorille ei vaikuta todennäköiseltä seuraukselta päivystystoiminnan muutoksista.

¹⁰⁴ OASES. Promoting evidence-based reforms on medical deserts. 2023 [D5.3.-Report-of-the-state-of-art-of-desertification-in-Europe-and-ways-to-mitigate-desertification.pdf](https://oasesproject.eu/art-of-desertification-in-Europe-and-ways-to-mitigate-desertification.pdf) (oasesproject.eu)

Esityksellä mahdollistetaan tiettyjen kirurgisten toimenpiteiden hankinta yksityissektorilta voimassa ollutta lainsäädäntöä laajemmin. Eri operatiivisten alojen päiväkirurgiset toimenpiteet ja polven ja lonkan primäärit tekoniveloperaatiot ovat niin sanottuja volyymitoimenpiteitä. Laajamittainen hankinta saattaa aiheuttaa lääkärin siirtymistä julkisista sairaaloista yksityissektorin palvelukseen. Yksittäisen lääkärin näkökulmasta voi päiväkirurgian tai yllä mainitun tekonivelkirurgian toteuttaminen olla ammatillisesti riittävän haastava ja toisaalta palvelusuhteen ehdot (mm. ei päivystysvelvollisuutta) sekä ansiotaso yksityisen palveluntuottajan toiminnassa vetovoimaiset, jolloin yksilökohtainen intressi siirtyä pois julkiselta sektorilta voi olla suuri. Laajamittaisesti toteutuessaan on riskinä tällöinen osaamispääoman ja kokemuksen kaventuminen julkisissa keskus- ja yliopistollisissa sairaaloissa, vaativimpien tilanteiden ja leikkausten toteuttamisen hankaloituminen, ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitokyvyn vaarantuminen tai päivystyksen työvoimakustannusten merkittävä nousu sekä muun muassa erikoislääkäriskoulutuksen vaikeutuminen. Riskiä voidaan osin hallita hankintasopimuksissa, mikäli esimerkiksi päivystykseen osallistumisesta pystytään työvoiman osalta sopimaan yksityisen palveluntuottajan kanssa.

Länsi-Pohjan sairaalassa ei voisi jatkossa hoitaa synnytyksiä. Tämä voi varmistaa henkilöstön saatavuutta Lapin keskussairaalassa ja Oulun yliopistollisessa sairaalassa, joihin synnytysten hoito alueella siirtyisi. Esityksen vaikutuksena jouduttaisiin Länsi-Pohjan sairaalassa muokkaamaan muun muassa naistentautien ja synnytysten sekä lastentautien erikoislääkärin tehtäviä, ellei henkilöstö siirry toisiin sairaaloihin tai yksiköihin. Tämä vaikutus ei tosin ole suoraa seurausta tästä esityksestä, koska Lapin hyvinvointialue on omana päätöksensä jo päättänyt siirtää synnytysten hoidon Länsi-Pohjan sairaalasta vuoden 2025 alusta.

Yöaikaisten erillisten perusterveydenhuollon päivystyspisteiden vähentäminen voisi lisätä perusterveydenhuollossa tehtävän työn houkuttelevuutta ja sitä kautta lääkäreiden saatavuutta hyvinvointialueilla. Osa lääkäreiden tulonmuodostuksesta koostuu päivystyskorvauksista, jotka jäisivät pois niissä yksiköissä, joissa ei enää olisi ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä. Toisaalta mahdollisuus päivystää voisi toteutua niissä yksiköissä, joissa ympärivuorokautista päivystystä ylläpidetään. Näissä olisi halukkailla mahdollisuus tehdä ympärivuorokautista päivystystä, vaikka omissa yksiköissä ei päivystystä enää olisikaan.

Hoitotyön ammattihenkilöt: Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kättilöt, ensihoitajat, lähihoitajat

Suomessa sairaanhoitajat ovat hyvin koulutettuja ja joiltain osin tekevät tehtäviä, joita joissain muissa maissa tekevät lääkärit. Suomessa on muihin EU-maihin verrattuna paljon hoitajia verrattuna lääkäreihin¹⁰⁵. Useissa sairaaloissa on lisätty lähihoitajien määrää sairaanhoitajavajeen vuoksi. Hoitaja-ammattit ovat tyypillisesti hyvin naisvaltaisia ja heikommin palkattuja kuin esimerkiksi lääkäri työvoima. Pitenevät työmatkat, työn ja muun elämän yhteensovittamisen kysymykset arjessa tai tosiasialliset mahdollisuudet muuttoon voivat olla kriittisiä henkilöstön pohtiessa työpaikkaansa. On todennäköistä, että hoitajat lääkäreitä harvemmin muuttaisivat työn perässä toisille paikkakunnille. Yliopistolliset sairaalat ja keskussairaalat ovat houkuttelevia työpaikkoja myös hoitajille monipuolisine koulutus-, työ- ja etenemismahdollisuuksineen. Ympärivuorokautisen päivystysvelvollisuuden vähäisyys tai poistuminen, työajan painotus päiväaikaiseen työskentelyyn sekä volyymiltään runsas

¹⁰⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023) Suomi: Maan terveystilaprofiili 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf>

päiväkirurgisten toimenpiteiden osuus voi olla myös rekrytointivaltti myös osalle hoitohenkilöstöä.

Länsi-Pohjan sairaala ei voisi jatkossa hoitaa synnytyksiä. Tämä voisi varmistaa hoitohenkilöstön riittävyyttä muihin kyseisen sairaalan toimintoihin ja esimerkiksi kätilöjen riittävyyttä Lapin keskussairaalassa ja Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Erityisosaaville hoitajille voi löytyä uusia tehtäväkuvia myös Länsi-Pohjan alueelta esimerkiksi poliklinisen toiminnan ja päiväkirurgian toiminnoissa.

Ympärivuorokautisten päivystyspisteiden väheneminen lisäisi joillakin hyvinvointialueilla ensihoitopalvelun kapasiteettitarvetta ja siten henkilöstön tarvetta. Henkilöstöltä edellytettäisiin lisäosaamista erityisesti hoidon tarpeen arvioinnissa sekä tilanteiden ennakoinnissa myös muissa toiminnoissa, kun välimatkat pitenisivät ympärivuorokautiseen päivystykseen niiden määrän vähetessä. Näin henkilöstö osaisi reagoida esimerkiksi asumisyksiköissä asukkaan voinnin huononemiseen jo päiväaikaan suunnitelmallisemmin. Uusien toimintamuotojen, digitalisaation ja etäkonsultaatioiden käyttöönotto vaatii henkilöstöltä toiminnallisia muutoksia ja osaamisen vahvistamista. Myös päivystyksellisten akuuttitilanteiden hoito saattaa vaatia osaamisen laajentamista ja lisäkoulutusta.

4.2.4.10 Vaikutukset koulutukseen

Lääkärit

Suomessa lääkäreitä koulutetaan viidessä lääketieteellisessä / terveystieteiden tiedekunnassa (Helsinki, Turku, Tampere, Itä-Suomi ja Oulu). Lääkärin peruskoulutusta on lisätty viime vuosina joillakin kymmenillä, ja lisäksi suomalaisia opiskelee ulkomailla lääketiedettä noin 1100–1200 henkeä. Kyselyiden mukaan näistä opiskelijoista noin 90 % aikoo erittäin varmasti tai melko varmasti palata valmistumisen jälkeen Suomeen. Perustutkintovaiheen koulutusta tiedekunnissamme on jonkin verran hajautettu yliopistosairaaloiden ulkopuolelle niin sairaaloihin kuin perusterveydenhuoltoon.

Erikoislääkärikoulutukseen voi hakea heti lääketieteen lisensiaatin tutkinnon tai ulkomailla tehdyn lääkärin tutkinnon sekä Suomessa laillistamisen jälkeen. Koulutuksen kesto on noin 5–6 vuotta erikoisalasta riippuen. Tähän mennessä noin 80 % lääkäreistä on erikoistunut työuransa aikana, ja tuoreen kyselytutkimuksen mukaan yli 90 % nuorista lääkäreistä aikoo erikoistua (Lääkäri 2023 -tutkimus).

Erikoistumisoikeutta haetaan tietyltä yliopistolta ja tietyltä erikoisalalta vuosittaisessa hakumenettelyssä. Hakumenettelyllä pyritään osaltaan ohjaamaan erikoistuvia tasapainoisesti eri erikoisaloille. Koulutukseen kuuluu lääkärinä työskentelyä sekä teoreettisia opintoja jokaisella 50 erikoisalalla. Kaikkiin erikoistumiskoulutuksiin sisältyy myös yhdeksän kuukauden mittainen terveyskeskusjakso. Kunkin erikoisalan koulutuksen tarkempi sisältö ml. vaaditut palvelujaksot on määritelty yliopistojen yhteisessä opinto-oppaassa.¹⁰⁶

Erikoislääkärien kokonaismäärä on kasvanut vuosina 2017–2023 noin 9 %. Kehitys on kuitenkin ollut epätasapainoista: fysiatrian, kliinisen farmakologian, kliinisen kemian, kliinisen mikrobiologian, lastenneurologian, lastenpsykiatrian, oikeuspsykiatrian, psykiatrian,

¹⁰⁶ https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammattillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Opinto-oppaat/Valtakunnalliset%20opinto-oppaat/OPS%202023-/EL_Opinto-opas%20p%C3%A4ivitykset%2026.3.2024.pdf

sisätautien ja yleiskirurgian erikoislääkärimäärä on vähentynyt 5–15 %. Voimakasta kasvua (yli 25 %) on ollut sen sijaan ollut akuuttilääketieteen, geriatrian, käsikirurgian, neurokirurgian, oikeuslääketieteen, perinnöllisyyslääketieteen ja terveydenhuollon erikoisaloilla.

Yleislääketieteen erityiskoulutuksen (YEK) suorittaminen on edellytys oikeudelle toimia sosiaalivakuutuksen piirissä Euroopan Unionin muissa maissa kuin Suomessa. Sen voi suorittaa käytännössä samanaikaisesti erikoistumiskoulutuksen kanssa. YEK:iä ei ole pakollista suorittaa, mikäli työskentelee vain Suomessa.

Viisi yliopistoa solmii kukin omalla yhteistyöalueellaan erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen (YEK) koulutuspaikkasopimukset yliopistosairaalan ulkopuolisten koulutuspaikkojen (keskussairaalat, koulutusterveyskeskukset, muut toimipaikat) kanssa. Yliopistot myös päättävät siitä, mitkä virat, toimet tai tehtävät ovat koulutukseen soveltuvia¹⁰⁷. Yliopistot siis ratkaisevat, missä yksikössä suoritettavat palvelut voidaan hyväksyä erikoistumiskoulutukseen milläkin erikoisalalla ja minkä tulee olla koulutuksen sisältö. Tähän sairaaloiden ja toimintayksiköiden toimintaprofilin muutokset voivat tuoda muutostarpeita. Erikoislääkärikoulutusta on kaikissa yliopistosairaaloissa sekä keskussairaaloissa.

Esityksen vaikutuksena niissä sairaaloissa, joissa monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen tai raskaan leikkaustoiminnan osalta tulisi muutoksia ja palveluvalikoima kapenisi, voisi erikoistuvien lääkäreiden saatavuus vaikeutua kyseiseen sairaalaan tietyillä erikoisaloilla. Näissäkin sairaaloissa osan erikoistumiskoulutuksesta voisi todennäköisesti kuitenkin jatkossakin suorittaa, mukaan lukien osan yleislääketieteeseen erikoistuvien koulutukseen kuuluvista sairaalapalveluista sekä ns. YEK-jakson koulutuksesta. Sairaaloiden palveluvalikoiman muutoksella voisi olla vaikutusta työvoiman saatavuuteen myös pitkällä tähtäimellä, sillä osin erikoistumisjakson aikana tapahtuu sitoutumista sairaalaan ja sijaintipaikkakunnalle voidaan asettua pysyvästi asumaan.

Jotta erikoistumiskoulutus kussakin sairaalassa olisi monipuolista, tulisi koulutuksen sisältöjä päivittää esitettyjen muutosten vuoksi siten, että esimerkiksi päivystystoimintaan osallistumista on riittävästi silloinkin, mikäli ympärivuorokautinen päivystys tapahtuu eri yksikössä kuin varsinainen päivätö. Erikoistumiskoulutuksen järjestämiseen vaikuttaa tulevaisuudessa myös lääketieteen lisensiaatin aloituspaikkojen tuleva lisäys. Erikoistumiskoulutusta eri sairaaloissa voisi tukea myös kehittämällä digitalisaatioon pohjautuvaa oppimista, joka vähentäisi paikkasidonnaisuutta.

Kokonaisuutena erikoislääkärikoulutuksen koulutusvolyymi eri erikoisaloilla ei kansallisella tasolla kuitenkaan ehdotettujen muutosten vuoksi lähtökohtaisesti vähenisi vaan vain siirtyisi osittain toisiin sairaaloihin. Näissä sairaaloissa toiminta puolestaan laajenisi ja potilasvolyymi kasvaisi, minkä vuoksi erikoistumiseen liittyvien koulutuspaikkojen voi olettaa lisääntyvän. Koulutustoiminnan keskittäminen voi parantaa koulutuksen laatua, kun parhaat osaajat työskentelevät ja opettavat keskitetyissä yksiköissä. Koulutusta toteuttavien ja siitä vastuussa olevien lääkäreiden mahdollisuudesta panostaa koulutustyöhön ja siten riittävästä resursoinnista on huolehdittava yliopistojen ja hyvinvointialueiden yhteistyönä. Kokeneiden, kouluttamiseen motivoituneiden erikoislääkärien riittävä määrä on oleellista laadukkaana koulutuksen toteuttamiseksi, mikä yhdessä muun ohjauksen ja tuen kanssa on merkittävä tekijä lääkäreiden rekrytoinnin sekä toimipaikan veto- ja pitovoiman kannalta.

¹⁰⁷ <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattillinen-jatkokoulutus/el-koulutus/>

Laadukas erikoislääkärikoulutus edellyttää, että kouluttavilla erikoislääkäreillä on riittävän laaja osaaminen ja pitkä kokemus myös vaativimpien, komplisoitujen tilanteiden hoitamiseksi. Mikäli tällaisen osaamisen omaavat erikoislääkärit siirtyisivät laajamittaisesti koulutusyksiköistä muihin toimintayksiköihin tai esityksessä mahdollistettujen leikkausten ja muiden toimenpiteiden hankintojen johdosta yksityissektorille, voi erikoislääkärikoulutuksen toteutuminen vaikeutua. Kouluttajalääkärien motivointiin ja koulutusyksiköiden pitovoimaan on hyvinvointialueiden kiinnitettävä erityistä huomiota.

Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, ensihoitajat, kättilöt, lähihoitajat

Suomessa sairaanhoitajan (AMK) tutkintoon johtavaa koulutusta järjestetään 20 ammattikorkeakoulussa, jotka sijoittuvat kaikille yhteistyöalueille. Sairaanhoitajan (AMK) tutkinnon laajuus on 210 opintopistettä (op), terveydenhoitajan (AMK) ja ensihoitajan (AMK) 240 op ja kättilön (AMK) 270 op. Sairaanhoitajan tutkinto sisältyy terveydenhoitajan, ensihoitajan ja kättilön tutkintoihin (ns. kaksoistutkinnot). Vuonna 2023 sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, ensihoitajan ja kättilön tutkintoihin johtavaa koulutusta järjestettiin kaikilla yhteistyöalueilla.

Taulukko 21. Terveysalan AMK-tutkinnon opiskelupaikan vastaanottaneet vuonna 2023

Ammattikorkeakoulu	Sijainti	Sairaanhoitaja (sh)	Terveydenhoitaja (th)	Ensihoitaja (eh)	Kättilö (k)
Etelä-Suomen yhteistyöalue					
Arcada AMK	Helsinki (sh, th, eh, k)	72	18	12	18
Metropolia AMK	Helsinki (sh, th, eh, k)	477	87	63	69
Diakonia AMK	Helsinki (sh, th)	360	66		
Laurea AMK	Espoo (sh, th), Porvoo (sh), Tikkurila (sh, th), Lohja (sh), Hyvinkää (sh)	417	162		
XAMK	Kotka (sh, eh), Kouvola (th), Savonlinna (sh), Mikkeli (sh, th)	312	102	93	
LAB AMK	Lahti (sh, th, eh), Lappeenranta (sh, th, eh)	294	108	159	
Sisä-Suomen yhteistyöalue					
Tampereen AMK	Tampere (sh, th, eh, k)	429	42	42	36
Hämeen AMK	Hämeenlinna (sh, th), Forssa (sh), Valkeakoski (sh)	219	51		
Seinäjoen AMK	Seinäjoki (sh, th)	189	33		
Pohjois-Suomen yhteistyöalue					
Oulun AMK	Oulu (sh, th, eh, k), Oulainen (sh)	186	66	36	42
Lapin AMK	Rovaniemi (sh), Kemi (sh, th)	309	30		
Kajaanin AMK	Kajaani (sh, th)	60	24		
Centria AMK	Kokkola (sh, th muuntokoulutus))	102	(21)		
Itä-Suomen yhteistyöalue					
Savonia AMK	Kuopio (sh, th, eh, k), Iisalmi (sh)	207	72	45	33

Karelia AMK	Joensuu (sh, th)	168	63		
Jyväskylän AMK	Jyväskylä (sh, k)	195			27
Länsi-Suomen yhteistyöalue					
Turun AMK	Turku (sh, th, eh, k), Salo (sh)	306	39	57	45
YH Novia	Turku (sh), Vaasa (sh, k)	183			18
Vaasan AMK	Vaasa (sh, th)	96	27		
Satakunnan AMK	Pori (sh)	267			

Vuonna 2022 sairaanhoitajan (sis. terveyden- ja ensihoitajat sekä kätilöt) tutkinnon suoritti 4218. Sairaanhoitajista valmistuu 10 vuoden tarkastelujaksolla noin 80 % aloittaneista. Vuosina 2020–2022 lisättiin sairaanhoitajakoulutusta yli 1000 uudella aloituspaikalla ja vuosina 2024–2025 lisätään noin 1000 aloituspaikalla.

Ammattikorkeakoulututkintoihin sisältyvän ammattitaitoa edistävän harjoittelun laajuus on vähintään 30 op (Ammattikorkeakouluista annettu valtioneuvoston asetus 1129/2014, 3 §). Sosiaali- ja terveysalan AMK-tutkinnoissa käytännön harjoittelun osuus on laajempi, ja se vaihtelee korkeakoulun päättämän opintosuunnitelman mukaisesti ollen 45–120 opintopistettä. Terveysalan hoitotyön koulutuksen harjoittelua sääntelee ammattipätevyysdirektiivi ja sen muutosdirektiivi (2013/55/EY). Direktiivien säätely ei kuitenkaan ole kovin yksityiskohtaista. Ammattikorkeakoulut asettavat tarkemmat tavoitteet harjoittelulle direktiivin vähimmäistavoitteet ja kansalliset osaamistarpeet huomioiden. Opetus- ja kulttuuriministeriö on ohjeistanut ammattikorkeakouluja direktiivin tulkinnasta. Terveysalan tutkinnoista simulaatiot voivat täydentää kliinistä opetusta, mutta eivät voi korvata kliinistä opetusta oikeiden potilaiden kanssa. Esimerkiksi sairaanhoitajan opintojen harjoittelun tulee tapahtua autenttisissa oppimisympäristöissä ja olla vähintään puolet opinnoista (Opetus- ja kulttuuriministeriön ohje ammattikorkeakouluille terveysalan tutkintoon johtavan koulutuksen järjestämisestä, VN/2861/2020).

Harjoittelupaikkojen järjestymisen on toteuduttava korkeakoulujen ja palvelujärjestelmän yhteistyönä, jotta tutkintoon johtava koulutus toteutuu sujuvasti. Oleellista on edellytetyn osaamisen karttuminen harjoittelussa, mutta varsinaisesti esimerkiksi tietty organisaatiomuoto ei ole edellytyksenä harjoittelun toteutumiselle. Esimerkiksi harjoittelu päiväkirurgiassa voi sinänsä täyttää direktiivin sisällölliset vähimmäisvaatimukset kirurgian osalta ja täten mahdollistaa sairaanhoitajatutkinnon suorittamisen. Mikäli harjoitteluun opiskeluaikana ei ole sisältynyt esimerkiksi vaativan kirurgian harjoittelua, korostuu luonnollisesti työelämässä perehdytyksen ja työpaikkakohtaisen koulutuksen rooli, jos hoitaja hakeutuu töihin tällaista hoitoa antavaan yksikköön.

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkintoon sisältyvästä ammattitaitoa edistävästä harjoittelusta ja sen ohjauksesta laaditaan sopimus ammattikorkeakoulun ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikön kesken ja sopimuksen mukaisesti toteutuneista ohjatuista harjoitteluista voidaan toimintayksikölle maksaa valtion koulutuskorvausta terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain nojalla. Sairaanhoitajan 3,5 vuoden koulutuksesta käytännön työelämässä toteutettava ohjattu harjoittelu on noin 50 viikkoa.

Ammattikorkeakoulujen järjestämän erikoistumiskoulutusten laajuus on 30 op (ammattikorkeakoululaki 932/2014, 11 a §). Rajatun lääkkeenmääräämisen erityispätevyden tuottaman koulutuksen laajuus on 45 op (lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta

annettu valtioneuvoston asetus 1089/2010). Sairaanhoidajan tutkinnon jälkeen suoritettavien kliinisen hoitotyön erikoisalojen kansallinen määrittely ja kehittämisohdotukset laadittiin vuonna 2021¹⁰⁸ ja sen pohjalta vuonna 2023 selvitettiin kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tarve hyvinvointialueilla vuoteen 2028¹⁰⁹. Määritellyistä kliinisen hoitotyön erikoisaloista (17) noin puolet sisältyy ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutustarjontaan. Hyvinvointialueiden tavoite erikoistumiskoulutettujen osuudeksi on noin 40 % sairaanhoitajista ja lisäystarve on noin 8 000 kliinisesti erikoistunutta ja 460 rajatun lääkkeenmääräämisen erityispätevyyden koulututtua sairaanhoitajaa vuoteen 2028 mennessä. Koulutusten ohjatut työelämäjaksot varmistavat kullakin erikoisalalla tarvittavan vaativan asiantuntijuuden kehittymistä.

Esityksen pohjalta kaikissa sairaaloissa voisi jatkua polikliininen toiminta, jolloin osan sairaanhoitajan, kättilön, ensihoitajan ja erityisesti terveydenhoitajan koulutuksen sekä tiettyjen kliinisen hoitotyön erikoisalojen ja sairaanhoitajan rajatun lääkkeenmääräämisen erityispätevyyden koulutuksesta voisi näissä edelleen suorittaa. Sairaaloissa, joissa jatkossa ei olisi ympärivuorokautista päivystystä, raskasta leikkaustoimintaa ja siihen liittyviä toimintoja tai synnytysten hoitoa, voisivat harjoittelumahdollisuudet päättyä tai supistua erityisesti sairaanhoitajien ja kättilöiden perustutkintoon sisältyvän harjoittelun sekä joidenkin kliinisen hoitotyön erikoisaloja koskevien erikoistumiskoulutusten työelämäjaksojen (naistentaudit ja synnytukset, kirurgian erikoisalat, anestesiologia, korva- nenä- ja kurkkutaudit) osalta. Osalla ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita on haasteita löytää jo nykytilassa harjoittelupaikkoja. Osalla opiskelijoista tämä vaikuttaa opintojen etenemiseen. Haaste voi olla myös matkat opiskelupaikkakunnalta harjoittelupaikkakunnalle. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n mukaan erityisen suurta harjoittelupaikkojen puute on kansainvälisillä opiskelijoilla sekä erityisemmällä hoitoalan opiskelijoilla, kuten ensihoitajilla ja röntgenhoitajilla. Harjoittelupaikkojen saamista edelleen voi hankaloittaa aloituspaikkojen merkittävä lisäys lähivuosina.

Tämän hallituksen esityksen ehdotukset todennäköisesti osaltaan vaikeuttavat harjoittelupaikkojen saantia muutosalueilla, ellei harjoittelupaikkoja pystytä lisäämään toimintoja vastaanottavissa sairaaloissa. Harjoittelupaikkojen väheneminen voi vaikuttaa siihen, kuinka kiinnostavaksi opiskelu tietyllä paikkakunnalla koetaan, jolla taas voi olla pidemmällä aikavälillä vaikutusta työvoiman saatavuuteen. Onnistuminen harjoittelujen järjestämisessä edellyttää palvelujärjestelmän (hyvinvointialueet) ja oppilaitosten kiinteää, sitoutunutta yhteistyötä. Yhteistyöalueittain hyvinvointialueiden ja ammattikorkeakoulujen keskinäisen yhteistyön kautta tapahtuva toimeenpanon ennakkollinen suunnittelu ja arviointi ovat keskeisiä muutosten hallitussa toteuttamisessa. Järjestämislain nojalla hyvinvointialue vastaa alueellaan tehtäväalansa koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnasta (TKKI) sekä osaamis- ja työvoimatarpeen arvioinnista ja ammatillisen osaamisen kehittämisestä. Lisäksi yhteistyöalueen yhteistyösopimuksen osana on sovittava TKKI-toiminnan strategisesta suunnitelmasta ja sen toteuttaminen sekä yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen koordinaatio-, ohjaus- ja neuvontatehtävistä näissä toiminnoissa. Sairaanhoidajan, kättilön, ensihoitajan ja terveydenhoitajan tutkintoihin johtavien koulutusten sekä kliinisen hoitotyön erikoistumiskoulutusten suunnittelu- ja arviointiprosessi edellyttääkin

¹⁰⁸ Kliinisen hoitotyön erikoisalat: Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:36.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163719>

¹⁰⁹ Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve vuosille 2024–2028: Selvitystyö.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:9.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165470>

terveysalan yhteistyön rakenteiden ja toimintamallien varmistamista ja jatkuvaluonteista koordinointia.

4.2.5 Vaikutukset alueelliseen itsehallintoon

Hyvinvointialueiden itsehallinnollista asemaa on käsitelty esityksen jaksossa 12 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys.

Päivystyksestä ja erikoissairaanhoidon työnjaosta säädetään jo voimassa olevassa laissa suhteellisen yksityiskohtaisesti ja siten osittain hyvinvointialueiden omaa päätöksentekoa rajoittavasti.

Monierikoisalaista ympärivuorokautista yhteispäivystystä koskevat sääntelyehdotukset vähentävät jossain määrin hyvinvointialueiden mahdollisuuksia tehdä päätöksiä ympärivuorokautista päivystystä koskevasta päivystysverkosta. Jo voimassa olevassa laissa on säädetty melko yksityiskohtaisesti tällaisen päivystyksen ylläpidosta. Vain eräät laissa erikseen säädettyt hyvinvointialueet voivat ylläpitää enempää kuin yhtä tällaista päivystysyksikköä. Hyvinvointialueilla, joissa on yliopistollinen sairaala, ei voisi enää ylläpitää tai perustaa useampaa kuin yhtä ympärivuorokautisesti päivystävää yksikköä, kuten ei myöskään Lapissa tai Etelä-Savon hyvinvointialueella. HUS-yhtymä edelleen kuitenkin saisi ylläpitää päätöksensä mukaista monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen verkostoa.

On kuitenkin huomattava, että jo voimassa olevan lain mukaan tällaisen yksikön ylläpito ei ole vain tietyn hyvinvointialueen oma päätös, vaan asiasta on sovittava yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa (aiemmin erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa). Toki myös yhteistyösopimuksen sopiminen on alueellisen itsehallinnon toteuttamista, sillä yhteistyösopimuksen hyväksyy kunkin hyvinvointialueen aluevaltuusto. Esityksessä on tuotu esiin, että yhteistyösopimuksia edeltäneen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen ohjaavuus on voinut jäädä heikoksi. Esityksen toimeenpanon kannalta eräänä riskinä onkin, ettei yhteistyösopimus instrumenttina ohjaa tarpeeksi esityksen tavoitteiden mukaisten päätösten tekemiseen.

Perusterveydenhuollon ja Kemin ja Savonlinnan osalta vaihtoehtoisen rajatun erikoissairaanhoidon ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpidon osalta esitys siinä mielessä jossain määrin lisää alueellista itsehallintoa, että sosiaali- ja terveysministeriön lupaa ei enää tarvittaisi tällaisen päivystyksen ylläpitoon, vaan asiasta voitaisiin sopia alueelliseen päätöksentekoon perustuen yhteistyösopimuksessa. Alueellisessa päätöksenteossa tulisi punnita yksikön ylläpidon tarvetta suhteessa esimerkiksi väestön palvelutarpeeseen, henkilöstöresursseihin ja ensihoidon hyödyntämiseen. Tämä kuitenkin koskisi vain niitä hyvinvointialueita, joissa esityksen mukaan olisi lähtökohtaisesti mahdollista ylläpitää tällaista päivystystä, ja myös paikkakunnat säädettäisiin lailla. Esitys poistaisi muilta kuin laissa nimetyiltä hyvinvointialueilta mahdollisuuden ylläpitää perusterveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä. Tällaisen perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitämiseksi tarvitaan nykyiselläänkin sosiaali- ja terveysministeriön lupa, jonka sosiaali- ja terveysministeriö voi toimivaltansa puitteissa myös evätä. Hyvinvointialueilla ei siis tähänkään asti ole ollut mahdollisuutta päättää tai sopia yhteistyösopimuksessa itsenäisesti perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitämisestä.

4.2.6 Ympäristövaikutukset

Ympäristöön liittyviä epäedullisia vaikutuksia arvioidaan aiheutuvan lähinnä etäisyyksien kasvun vuoksi. Matka ympärivuorokautisesti päivystäviin tai synnytyksiä hoitaviin yksiköihin kasvaa joissakin osin Suomea. Käytännössä matkojen pidentyminen on enimmillään noin 100 kilometrin luokkaa. Lisäksi eri potilasryhmien ohjaaminen eri sairaaloihin saattaa muuttua. Tämä voi jonkin verran vaikuttaa ensihoitopalvelun tai sairaaloiden ja muiden yksiköiden välisten siirtokuljetusten tehtävämäärien kasvuun ja matkojen pitenemiseen. Toisaalta myönteisiä ympäristövaikutuksia voi olla sillä, että sairaaloiden kiinteän tilakapasiteetin ja siihen liittyvien laitteistojen käyttöastetta pystytään nostamaan.

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot

5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi hyvinvointialueille 1.1.2023. Uudellamaalla järjestämisvastuu jakaantuu Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän kesken. HUS-yhtymä vastaa ympärivuorokautisen päivystyksen sekä vaativan erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Suomen sairaaloiden ja ympärivuorokautisesti päivystävien yksiköiden järjestelmä on muotoutunut vuosikymmenten kuluessa. Tässä esityksessä esitettyjen muutosten seurauksena kullakin hyvinvointialueella olisi yksi monierikoisalainen ympärivuorokautisesti päivystävä sairaala, joko yliostollinen sairaala tai keskussairaala. Uudellamaalla HUS-yhtymällä olisi edelleen päätösvalta tällaisten päivystävien sairaaloiden osalta. Arvioitaessa vaihtoehtoisia tapoja kehittää sairaaloiden välistä työnjakoa ja ympärivuorokautista päivystystä, vaihtoehtoina erottuu kaksi päälinjaa. Ensimmäinen lähestymistapa on lisätä alueellista päätösvaltaa ja siten luopua ainakin osittain nykyisestä vahvasta säädosohjauksesta. Toisena päälinjana on koko sairaalaverkon kokonaistarkastelu siten, ettei keskeisenä määräävänä tekijänä olisikaan esimerkiksi hyvinvointialueiden rajat, vaan ympärivuorokautisen päivystyksen sijoittumista ja tällaista päivystystä edellyttävän leikkaustoiminnan suorittamista määrittäisi erityisesti väestön määrä ja väestökehitys, henkilöstön saatavuus ja palveluiden käytön nykyiset volyymit.

Alueellisen päätösvalan lisäämistä olisi mahdollista tehdä eri tavoin. Voitaisiin esimerkiksi säätää, että hyvinvointialueen on ylläpidettävä väestön palvelutarpeen edellyttämällä tavalla riittävää määrää sairaaloita ja päivystäviä yksiköitä, sekä toiminnassa edellytettävistä laatuvaatimuksista. Voitaisiin myös esimerkiksi säätää siten, että yhteistyöaluetasoisesti on turvattava tietty päivystyksen ja vaativan leikkaustoiminnan taso, ja asiasta sovittaisiin tarkemmin yhteistyösopimuksella. Nykyiseen sääntelyyn nähden vähäisemmin muuttavassa vaihtoehdossa voitaisiin esimerkiksi luopua 50 §:n 3 ja 4 momentin mukaisesta erottelusta siitä, millaisia erilaisia päivystyksen tasoja sairaaloissa on, ja esimerkiksi jättää myös perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpito yksinomaan alueellisten päätösten varaan. Vaihtoehtoja on useita. Tällainen sääntely tukisi alueellista itsehallintoa.

Keskeinen haaste lähestymistavassa kuitenkin on, kuten jaksossa 2.2.5. on tuotu esiin, että alueellisesti voi olla vaikeaa saada aikaan päätöksiä sairaaloiden ja päivystysten palveluverkon osalta. Erikoissairaanhoidosta, päivystyksestä ja leikkaustoiminnasta on haluttu alueilla pitää kiinni jopa muihin hyvinvointialueen palveluihin käytettävissä olevien henkilöstö- ja taloudellisten resurssien kustannuksellakin. Sairaalan palveluiden ja päivystyksen palveluiden ylläpitoon voidaan kiinnittää päätöksiä tehdessä alueen yleinen elinvoimaisuus, ja tämä voi estää sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuuden ja kustannusten näkökulmasta tarkoituksenmukaisten päätösten tekoa. Lisäksi palveluverkon ratkaisuiden jäädessä alueellisten päätösten varaan ei voitaisi olla varmoja kansallisen riittävän eritasoisen hoidon

turvaavan sairaala- ja päivystysverkon kokonaisuuden pysyvyydestä eikä sen sopeutumisesta häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Yhteistyöalueiden välisen yhteistyön lisäksi tarvitaan kansallista yhteistyötä, mihin yksinomaan yhteistyösopimus instrumenttina ei ole riittävä.

Nykyisten päivystävien sairaaloiden sijainti ja palveluvalikoima eivät välttämättä ole kaikin osin seuranneet väestön määrän, asukastiheyden ja palvelutarpeen muutoksia. Nykyiset yliopistolliset sairaalat ja keskussairaalat käytännössä sijaitsevat alueidensa merkittävässä asutuskeskittymässä. Nykyisen päivystysverkon muotoutumiseen on ajan mittaa vaikuttanut moni seikka, ja sen vuoksi päivystysten suunnittelussa on käytännössä mahdotonta luoda esimerkiksi etäisyyksien ja kustannustehokkuuden kannalta täysin optimaalista järjestelmää, vaan huomioon on esimerkiksi otettava olemassa oleva rakentunut sairaaloiden infrastruktuuri. Sairaalaverkon ja päivystävien yksiköiden uudelleentarkastelu kansallisena kokonaisuutena tässä esityksessä esitettyä laajemmin käytännössä merkitsisi nykyisten sairaaloiden työnjaon ja palveluvalikoiman kehittämistä siten, että tarkasteltaisiin uudelleen sitä lähtökohtaa, jonka mukaan hyvinvointialueella säilyy yksi yliopistollinen sairaala tai keskussairaala, jossa ylläpidetään monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Tällaisessa tarkastelussa aikajänne on lähivuosia pidempi.

Jo edellisessä päivystys- ja keskittämissääntelyn uudistuksen yhteydessä tuotiin esiin, että kun otetaan huomioon sekä tarve keskittää tiettyjä kirurgisia toimenpiteitä, että vaatimus laajan ympärivuorokautisen päivystyksen suorituskyvystä, olisi seurauksena ollut, että osassa suppeamman ympärivuorokautisen päivystyksen keskussairaaloita yhteispäivystyksen toiminta ei jatkossa sisältäisi ympärivuorokautista operatiivista päivystystä (HE 224/2016 vp, s. 12). Tämä ei kuitenkaan ole käytännössä toteutunut. Sairaalaselvitystyöryhmä ehdotti, että viiden yliopistollisten sairaalan lisäksi viisi-kahdeksan keskussairaala palvelisivat koko väestöä. Keskussairaaloiden valintaperusteet tulisi määritellä ottaen huomioon väestön palvelutarve ja sijoittuminen, työvoiman saatavuus, riittävyys ja sijoittuminen, nykyinen sairaaloiden infrastruktuuri, laatu, vaikuttavuus ja asiakas- ja potilasturvallisuus, etäisyydet ja kielellisten oikeuksien toteutuminen sekä valmiuden ja varautumisen näkökulmat. Osa nykyisistä keskussairaaloista olisi muuttunut vuoden 2028 tai viimeistään vuoden 2030 loppuun mennessä niin sanotuiksi akuuttisairaaloiksi, joissa ei olisi voinut toteuttaa ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta edellyttävää leikkaustoimintaa, vaativaa tehohoitoa tai hoitaa synnytyksiä. Niissä kuitenkin edelleen olisi ollut akutologinen ympärivuorokautinen päivystys tarvittavilla erikoisaloilla painottuen konservatiivisiin erikoisaloihin (ks. tarkemmin jakso 2.2.3.1). Tällainen muutos olisi merkinnyt voimakasta nykyisen sairaala- ja päivystysverkon muutosta yhdellä esityksellä toteutettavaksi, vaikka muutokseen olisikin sisältynyt siirtymäajat. Pääministeri Orpon hallitus linjasi kehysriihen yhteydessä huhtikuussa 2024, ettei työryhmän tätä ehdotusta edistetä.

Sairaaloiden työnjakoa voidaan kehittää edelleen myös nykyisen ja tässä esitetyn sairaalajärjestelmän ja lainsäädännön pohjalta. Hallitus käynnistää hallitusohjelman ja kevään 2024 kehysriihen päätösten perusteella erikoissairaanhoidon työnjaon tarkastelun. Tässä tarkastelussa tullaan arvioimaan ainakin erikoissairaanhoidon keskittämisasiäsetuksen ja päivystysasetuksen sisältöä sekä työnjakoa yhteistyöalueiden lisäksi myös kansallisella tasolla. Tällä tavoitteellaan vuosittaista 25 miljoonan euron vähennystä hyvinvointialueiden rahoitukseen vuodesta 2026 lähtien.

5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot

5.2.1 Yleistä

Julkisen terveydenhuollon viime aikaisena kehityssuuntana Pohjoismaissa on ollut kaikkein erikoistuneimman hoidon keskittäminen. Keskittämällä on tavoiteltu parempaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä resurssien järkevämpää käyttöä. Keskittämisen seurauksena sairaaloiden ja päivystyssairaaloiden lukumäärä on vähentynyt, voimakkaimmin Tanskassa. Toisaalta erityisesti perusterveydenhuollon järjestämistavoissa on eroja verrattuna Suomeen. Vaikka julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu ja siihen liittyvä päätöksenteko olisi alueellisilla viranomaisilla, valtio ohjaa erikoistuneimman hoidon järjestämisestä.

5.2.2 Ruotsi

Ruotsissa terveydenhuollon järjestämisvastuu on jaettu kolmelle eri tasolle: valtakunnalliselle, alueelliselle ja kunnalliselle tasolle. Ruotsissa päävastuu julkisen terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä, toteuttamisesta ja rahoittamisesta on 21 alueella (region), joilla on myös verotusoikeus. Vastuunjaosta säädetään terveydenhuoltolaissa (hälso- och sjukvårdslag, HSL 2017:30). Alueet ylläpitävät muun muassa terveystieteiden keskuksia (vårdcentral), akuuttivastaanottoja sekä huolehtivat lasten ja äitien terveydenhuollosta. Terveydenhuoltopalveluiden järjestäminen ja toteuttaminen poikkeavat eri alueilla toisistaan. Vaikka palveluiden järjestäminen vaihtelee alueittain, on Ruotsissa keskitetty erityisesti erikoissairaanhoidon palveluja niin alueellisella kuin kansallisellakin tasolla.¹¹⁰

Erikoissairaanhoidon rakenteelliset uudistukset ovat keskittyneet viime vuosikymmeninä muun muassa avo- ja päiväaikaisen hoidon vahvistamiseen sekä hyvin erikoistuneen hoidon keskittämiseen sekä akuuttihoitoon ja elektitiivisen hoidon eriyttämiseen toisistaan. 1990-luvulla Ruotsissa kehityssuuntana oli siirtyminen kohti päiväkirurgiaa, jota seurasi lisääntynyt pienten sairaaloiden erikoistuminen ja keskittäminen vuorokauden ympäri auki oleviin akuutissairaaloihin vuosikymmenen lopussa.¹¹¹ Tämän jälkeen Ruotsissa on keskitetty palveluita asteittain alueellisesti erityisesti 2010-luvulla ja myöhemmin myös kansallisella tasolla. Esimerkkinä erikoissairaanhoidon keskittämisestä kansallisella tasolla on vuonna 2018 voimaan tullut sääntely koskien kansallista erityistason hoitoa (Nationell högspecialiserad vård, NHV). Sääntelyn mukaan tiettyihin erityisen harvinaisten tai vaikeahoitoisten sairauksien hoito keskitetään enintään viiteen terveydenhuollon toimintayksikköön. Keskittämisen tavoitteena on parhaimman mahdollisen saavutettavissa olevan hoidon laadun varmistaminen harvinaisissa tai erikoisosaamista tai -laitteistoa vaativissa tapauksissa.¹¹² Keskittämällä tavoitellaan parempaa terveydenhoidon osaamista, laatua ja potilasturvallisuutta.

Valtion virasto Socialstyrelsen päättää kansallisen erityistason hoidon määrittelystä ja niiden yksiköiden lukumäärästä, jotka saavat tarjota kansallista erityistason hoitoa. Kansallisen erityistason hoidon tarjoamiseen alue tarvitsee luvan. Nämnden för nationell högspecialiserad vård (kansallisen erityistason hoidon lautakunta) päättää siitä, mille alueelle tai alueille annetaan lupa kansallisen erityistason hoidon tarjoamiseen. Lautakunta myös päättää ehdoista, jotka

¹¹⁰ <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/styrning-och-arbetsfordelning/regioner-och-kommuner/>

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandebblad/2020-12-7130.pdf> Meddelandebblad - Kommunal hälso- och sjukvård Nr 9/2020.

¹¹¹ Sweden: Health System Review 2023 - Health Systems in Transisiton Vol. 25 No. 4, s. 115-116.

¹¹² ks. Prop. 2017/18:40, SOU 2019:29 ja SOU 2021:71

alueen tulee täyttää luvan saamiseksi. Arvioinnin lähtökohtana on potilaan etu. Lautakunnan asettamien ehtojen lisäksi alueen tulee täyttää Socialstyrelsenin kansallista erityistason hoitoa koskevasta esityksestä ilmenevät yleiset ehdot.¹¹³

Kansallisen erityistason hoidon keskittämisen ohella Ruotsissa kehityssuuntana on yleisemminkin valtiollisen ohjauksen lisääminen terveydenhuollossa. Hallitus on asettanut parlamentaarisen komitean, jonka tehtävänä on analysoida sekä tehdä ehdotuksia siitä, miten pitkällä aikavälillä terveydenhuolto voisi tulla osittain tai kokonaan valtion ylläpitämäksi. Selvitys on tarkoitus esittää kesäkuussa 2025.¹¹⁴ Valtiollisen ohjauksen rinnalla alueet ovat ottaneet enemmän vastuuta kansallisesta koordinoinnista ja ohjauksesta kehittämällä yhteisen kansallisen järjestelmän (nationellt system för kunskapsstyrning).

Ruotsissa akuuttihoito on jaettu eri tasoille tietyiltä osin. Päivystävät sairaalat eroavat toisistaan laajuudessaan niin tehtävien, tarjolla olevien palveluiden kuin sen osalta, kuinka laajaa väestöä ne palvelevat. Vuonna 2022 Ruotsissa oli 66 vuorokauden ympäri auki olevaa päivystyssairaalaa. Toisaalta Ruotsissa ei ole käytössä yhtenäistä päivystyssairaalan tai kiirevastaanoton käsitettä, joten tarkka akuutissairaaloiden määrä riippuu määritelmästä. Määrään vaikuttaa esimerkiksi se, lasketaanko suuret sairaalat, joihin kuuluu erillisiä yksiköitä eri kaupungeissa, yhdeksi vai useammaksi sairaalaksi. Akuutissairaaloiden määrä on vähentynyt merkittävästi ajan myötä (vuonna 1970 n. 115 päivystyssairaalaa ja vuonna 1994 runsaat 90 päivystyssairaalaa).

Ruotsin sairaalat voidaan jakaa kolmeen eri tyyppiin, jotka ovat regionsjukhus, länssjukhus ja länsdelssjukhus. Akuuttivastaanottoja järjestetään kaikissa sairaalatyypeissä. Sairaalatyypeille ei kuitenkaan ole olemassa tarkkoja tehtäväkuvauksia. Lääninosasairaaloissa (länssjukhus) on 12 tai 13 lääketieteen erikoissairaalaa, kun aluesairaalat huolehtivat kansallisen erityistason hoidosta, joka on keskitetty valtakunnallisesti enimmillään viiteen yksikköön.¹¹⁵

5.2.3 Tanska

Tanskassa terveydenhuoltojärjestelmä on organisoitu kolmelle eri tasolle: valtiolle, alueille ja kunnille. Eri toimijoiden vastuista ja tehtävistä terveydenhuollossa säädetään pääasiassa laissa Sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. juni 2005). Valtio vastaa terveydenhuollon kokonaissääntelystä, valvonnasta ja verotuksellisista toiminnoista sekä esimerkiksi siitä, miten erikoissairaanhoidon toiminnot jakautuvat eri sairaaloihin. Alueita on Tanskassa viisi, ja niiden päävastuuna on erikoissairaanhoido ja sen järjestäminen. Kunnat puolestaan ovat vastuussa muun muassa kotihoidosta, lasten hammashoidosta, kouluterveydenhuollosta ja ennaltaehkäisevien palvelujen tarjoamisesta. Alueiden rahoittamalla yleislääkäreillä on iso rooli potilaiden ensikontaktina, ja jopa 90 % kaikista potilaskontakteista hoidetaan perustasolla. Yleislääkärit toimivat omalääkärimallin mukaisesti, ja potilaat saavat valita yleislääkäriinsä vapaasti. Yleislääkärit lähettävät/ohjaavat potilaita sairaaloihin, erikoislääkäreille, fysioterapeuteille, psykologeille ja muille terveydenhuollon ammattilaisille.¹¹⁶

¹¹³ Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

<https://svenskförfattningssamling.se/sites/default/files/sfs/2019-11/SFS2019-973.pdf>

ja <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-varld/>

¹¹⁴ <https://www.vardanalys.se/digital-publikation/analysplan-2024/>

¹¹⁵ En akut bild av Sverige (Vårdanalys 2018).

¹¹⁶ Denmark: Health System Review 2024 - Health Systems in Transition Vol. 26 No. 1, s. 85.

Tanskassa hallinnollisia rakenteita on uudistettu vuodesta 2007 lähtien merkittävästi. Vuoden 2007 terveysreformilla (Strukturreformen 2007) 13 maakuntaa yhdistettiin viideksi uudeksi alueeksi ja kuntien määrää vähennettiin 271 kunnasta 98 kuntaan. Uudistuksella haluttiin parantaa päivystyspalveluita, hoidon laatua ja tehokkuutta. Päivystyssairaaloiden määrää vähennettiin reilusti (40 päivystyssairaala vuonna 2006 ja 21 päivystyssairaala vuonna 2022), ja erikoissairaanhoito keskitettiin pienempään määrään sairaaloita. Uudistuksen taustalla oli huoli erityisesti siitä, että pienissä yksiköissä kirurgisten potilaiden määrä on vähäinen, jolloin kirurgien ammattitaito jää rajalliseksi eikä korkealaatuista kirurgiaa pystytä tarjoamaan. Suurempien sairaalayksiköiden nähtiin pystyvän tarjoamaan laadukkaampaa ja erikoistuneempaa hoitoa. Lisäksi suurempien kunnallisten yksiköiden nähtiin puolestaan mahdollistavien tehtävien hajauttamisen valtiolta tai alueilta kunnille. Suuremmat yksiköt nähtiin edellytyksenä paremmalle priorisoinnille ja toimintojen koordinoinnille sekä tehokkuuden lisäämiselle julkisella sektorilla.¹¹⁷

Uudistuksella vahvistettiin myös Tanskan ylimmän terveysalan viranomaisen Sundhedsstyrelsenin asemaa, minkä lisäksi taloudellinen valta keskitettiin kansalliselle tasolle. Sundhedsstyrelsen antaa suuntaviivoja erikoissairaanhoidon suunnitteluun. Sundhedsstyrelsen esimerkiksi määrittelee, mitä erikoissairaanhoidon palveluita tulee tarjota alueellisella tasolla ja mitkä erikoissairaanhoidon toiminnot taas tulisi keskittää vähäisempään määrään terveydenhuollon yksiköitä palvellen potilaita alueiden rajat ylittäen. Yleisten ohjeiden toimeenpano jäi uudistuksessa kuitenkin demokraattisesti valittujen alueellisten päättäjien vastuulle. Alueiden sairaaloiden uudistamiseen saama rahoitus oli sidottu Sundhedsstyrelsenin asettamien ohjeiden noudattamiseen, mikä toimi kannustimena alueille sairaalaverkon muutosten toteuttamiselle.¹¹⁸

Tanskassa erikoissairaanhoitotasoinen hoito on keskitetty siten, että kaikkein erikoistuneita hoitoa on tarjolla vain muutamassa sairaalassa, joissakin tapauksissa vain yhdessä sairaalassa. Jokaisella alueella on yksi tai useampi erityistason (tertiary) erikoissairaanhoitoa tarjoava yliopistosairaala sekä alueellisia yleissairaloita. Sairaaloista 21 on päivystyssairaloita, ja niistä huolehtivat alueet. Tanskan terveysreformin yhtenä keskeisenä ajatuksena oli luopua irrallisista kiireellisen hoidon ja päivystyksen yksiköistä. Sen sijaan kiireellinen hoito haluttiin keskittää pienempään määrään yksiköitä siten, että käytettävissä olisi laaja valikoima eri erikoisalojen välineistöä ja osaamista. Päivystyksellisen hoidon keskittämisen tavoiteltu muuan muassa parempaa hoidon koordinoitua, laatua ja sen on ajateltu säästävän resursseja. Tanskan Sundhedsstyrelsenin antamien suuntaviivojen mukaisesti tällaisen päivystävän sairaalan tulisi kattaa 200 000-400 000 asukasta.¹¹⁹ Nykyisellään tanskalaisilla on keskimäärin 19,6 km lähimpään päivystyssairaalaan ja 25 %:lla tanskalaisista on yli 30 km lähimpään päivystävään sairaalaan. On arvioitu, ettei päivystyssairaaloiden keskittäminen muodosta kuitenkaan suurta estettä palvelujen saatavuudelle, sillä liikenneinfrastruktuuri on hyvä ja myös lääkintähelikoptereita on käytettävissä.

Tanskassa on käynnissä tällä hetkellä uudistus, joka vähentää sairaaloiden määrää entisestään. Uudistuksella luodut sairaalat ovat ns. supersairaloita, jotka pystyvät tarjoamaan hyvin erikoistunutta hoitoa. Supersairaalat luodaan liittämällä yhteen jo olemassa olevia sairaaloita

¹¹⁷ Christiansen T. Ten years of structural reforms in Danish healthcare. Health Policy 2012;106:114–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.03.019>

¹¹⁸ ibid.

¹¹⁹ ks. esim. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Akut-anbefalinger/Akut-anbefalinger/Bilag_Anbefalinger_Akut_Sundhedsindsats.ashx?sc_lang=da&hash=4C8DDF3CD5DCB E62B60644276D164259, s. 60.

vähempään määrään yksiköitä. Uudistuksen tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja lisätä kustannustehokkuutta resursseja keskittämällä.¹²⁰

Päivystyssairaalaan hakeutuminen kiireellisissä, muttei henkeä uhkaavissa, tilanteissa vaatii soittoa etukäteen. Käytännössä kiireellisissä tilanteissa potilas voi omalääkäriinsä vastaanottoaikojen ulkopuolella ottaa yhteyttä päivystävään lääkäriin, lægevagten, joka toimii virka-ajan ulkopuolella (lægevagten toimii siis tavallaan omalääkärin sijaisena). Lääkäri arvioi, minkälaista hoitoa potilas tarvitsee ja hän voi tarvittaessa ohjata potilaan edelleen kiirevastaanotolle tai päivystyssairaalaan. Osassa kiirevastaanottoja hoidetaan pienempiä vammoja, kun taas osassa on valmius kaiken tyyppisten vammojen ja sairauksien hoitoon. Kiirevastaanotot eroavat toisistaan myös aukioloajoin, osa on auki ympärivuorokautisesti, osa iltaisin ja viikonloppuisin, muttei yöaikaan.¹²¹

5.2.4 Norja

Norjassa terveydenhuolto järjestyy kolmelle eri tasolle: valtiolliselle, alueelliselle ja kunnalliselle. Terveys- ja hoitoministeriö (helse- og omsorgsdepartementet) vastaa terveydenhuoltojärjestelmän sääntelystä ja valvonnasta. Vuonna 2002 erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu ja sairaaloiden omistus siirtyivät valtiolle. Erikoissairaanhoidon valtion omistus jakautuu edelleen neljälle alueelliselle terveysviranomaiselle/yritykselle (et regionalt helseforetak), jotka ovat Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest ja Helse Sør-Øst, ja joita Norjan terveys- ja hoitoministeriö hallinnoi. Nämä neljä alueellista terveysyritystä ovat vastuussa erikoissairaanhoidosta ja sen tarjoamisesta alueensa väestölle. Näiden alueellisten terveysyritysten alla ovat sairaalat ja muut erikoissairaanhoidopalvelut, jotka on organisoitu erillisiksi ”tytäryhtiöiksi”/yrityksiksi. Alueellisten terveysyritysten (regionale helseforetak) ja niiden alla olevien terveysyritysten (helseforetak) toiminnasta säädetään terveysyrityslaisissa (Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksløven)). Kunnat puolestaan vastaavat muun muassa perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Perusterveydenhuolto on useimmiten itsenäisten ammatinharjoittajien tuottamaa, jotka toimivat omalääkäreinä.

Potilaan ensisijaisena kontaktina terveydenhuoltoon on potilaan omalääkäri, jonka vastaanotolle saa kiireellisissä tapauksissa ajan useimmiten samalle päivälle. Kiireellisissä tapauksissa omalääkärin virka-ajan ulkopuolella potilas voi ottaa yhteyttä päivystävään terveydenhuoltoon (legevakt) soittamalla kansalliseen puhelinnumeroon 116 117, joka on auki ympärivuorokautisesti. Päivystävät terveydenhuoltopalvelut on järjestetty ei tavoilla. Kaikissa kunnissa tulee olla vähintään yksi päivystävä lääkäri.¹²²

Norjan erikoissairaanhoidolain (Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteløven)) mukaan valtiolla on ylin vastuu/kokonaisvastuu(overordnede) siitä, että väestölle annetaan tarvittavat/välttämättömät (nødvendig) erikoissairaanhoidon palvelut. Alueellisten terveysyritysten on puolestaan huolehdittava muun muassa sairaalapalveluiden tarjoamisesta asukkailleen. Sairaaloiden perustamiseen vaaditaan Norjan terveys- ja hoivaministeriön hyväksyntä. Laissa säädetään myös alueellisten terveysyritysten

¹²⁰ white-paper-new-hospital-construction-pdf-uk.pdf (healthcaredenmark.dk) ja The danish super hospital programme 2021 (ism.dk)

¹²¹ <https://www.oresunddirekt.se/se/jag-vill-flytta-till-danmark/sjukvaard-i-danmark/om-du-blir-akut-sjuk-i-danmark>

¹²² <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/legevakt/>

välisestä yhteistyöstä. Lisäksi yliopistosairaala-nimikkeen käyttöön on saatava ministeriön hyväksyntä.

Erikoissairaanhoidon keskittämisestä Norjassa esimerkkinä on erikoissairaanhoidon kansalliset palvelut, jotka on perustettu tukemaan kokonaisvaltaista priorisointia, resurssien järkevää käyttöä ja tasavertaisen ja laadukkaan pitkälle erikoistuneen hoidon saamiseksi. Kansalliset palvelut koostuvat pitkälle erikoistuneesta hoidosta ja/tai osaamisesta, joka tulisi keskittää yhteen tai kahteen instituutioon koko maassa laadukkaiden palveluiden ja osaamisen varmistamiseksi. Alueelliset terveystyöryhmät vastaavat kansallisten palvelujen perustamisesta, toiminnasta ja rahoituksesta sekä huolehtivat siitä, että palvelut täyttävät vaaditut tehtävät. Alueelliset terveystyöryhmät ovat yhteisvastuussa sen arvioimisesta, tarvitaanko uusia kansallisia palveluja sekä myös kansallisten palvelujen perustamisen ja lopettamisen hakemisesta ministeriöstä. Kansallisten palvelujen perustamisesta, muuttamisesta ja lopettamisesta päättää terveys- ja hoitoministeriö alueellisten terveysalan yritysten hakemuksesta.¹²³

6 Lausuntopalaute

Lausuntokierros

Esityksen suomenkielinen lausuntokierros oli ajalla 21.5.–1.7.2024 ja ruotsinkielinen ajalla 18.6.–11.8.2024. Lausuntoa pyydettiin yhteensä 150 toimijalta, minkä lisäksi myös muilla tahoilla oli mahdollisuus antaa lausuntonsa esitysluonnoksesta. Lausuntopyynnön saaneisiin lukeutuivat muun muassa hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki, HUS-yhtymä, olennaiset kunnat ja kaupungit, valtiovarainministeriö ja eräät muut ministeriöt ja valtion viranomaiset, laillisuusvalvojat, sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestöt ja erikoisalayhdistykset, yksityisen sektorin toimijoita, potilaita edustavia järjestöjä sekä yliopistoja ja ammattikorkeakouluja.

Lausunnon toimittaneita tahoja oli 126 kappaletta. Lausunnon toimittivat valtiovarainministeriö, oikeusministeriö, sisäministeriö, puolustusministeriö, Puolustusvoimien pääesikunta, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, aluehallintovirastot (yhteinen lausunto), Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, vanhusasiavaltuutettu, Poliisihallitus, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Valtiontalouden tarkastusvirasto, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, Etelä-Savon hyvinvointialue, Helsingin kaupunki, HUS-yhtymä, Kainuun hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Kymenlaakson hyvinvointialue (jonka liitteinä Karjalan prikaatin, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu Xamkin, Kouvolan Ammattiopisto Oy:n tytäryhtiö EduKon tukilausunnot), Lapin hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue, Pohjanmaan hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Iisalmen kaupunki, Inarin kunta, Inkoon kunta, Joroisten kunta, Kemin kaupunki, Keminmaan kunta, Kotkan kaupunki, Kouvolan kaupunki, Nivalan kaupunki, Oulaisten kaupunki, Pyhtään kunta, Raahen kaupunki, Raaseporin kaupunki, Salon kaupunki, Savonlinnan kaupunki, Simon kunta, Tervolan kunta, Tornion kaupunki, Varkauden kaupunki, Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus, Hyvil Oy, Etelä-Karjalan liitto, Etelä-Savon maakuntaliitto, Pohjois-Savon liitto, Kymenlaakson liitto, Kymenlaakson kauppakamari, Kaakkois-Suomen vihreät, Kouvolan päivystyksen hoitajat (ryhmä), Kouvolan Ratamokeskuksessa päivystävät ja päivystäneet erikoislääkärit (ryhmä), Kouvolan asukkaita -kansanliike (ryhmä), Savonlinna tarvitsee

¹²³ ks. esim. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten> ja <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-tenester/id614574/>

keskussairaalan Facebook-ryhmä, kirurgiaan erikoistuvia lääkäreitä Savonlinnan keskussairaala (ryhmä), Savonlinnan keskussairaalan kirurgian etupäivystäjät (ryhmä), Saamelaiskäräjät, Svenska Finlands folkting, Valtakunnallinen kansanterveystyön johtajaverkosto, Akava ry, Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL ry, Kunta- ja hyvinvointialuetyöntekijät KT, STTK ry, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer, Talentia ry, Tehy ry, 567 Tehyn Varkauden ammattiosasto ry, Terveystieteiden tutkimuskeskus ry, Nuorten Lääkärien yhdistys ry, Suomen Akuuttilääketieteen yhdistys ry, Suomen Anestesiologiyhdistys ry, Suomen Erikoislääkäriyhdistys ry, Suomen Gynekologiyhdistys ry, Suomen Hammaslääkäriliitto ry, Suomen Kardiologinen Seura ry, Suomen Kätilöliitto - Finlands Barnmorskeförbund ry, Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry, Suomen Lääkäriliiton akuuttilääketieteen alaosa, Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus STHL ry, Suomen Yleislääkärit GPF ry, Tehohoitokonsortio, Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU ry - Pensionärsförbundens intresseorganisation PIO rf, Invalidiliitto ry, Kuluttajaliitto ry - Konsumentförbundet rf, Näkövammaisten liitto ry, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Suomen sosiaalioikeudellinen seura ry, Suomen Sydänliitto ry, Vammaisfoorumi ry, Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry, HAMK Hämeen ammattikorkeakoulu, Helsingin yliopisto, Oulun yliopisto, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, Lab-ammattikorkeakoulu, Lapin ammattikorkeakoulu, Laurea-ammattikorkeakoulu Oy, Turun ammattikorkeakoulu, Elinkeinoelämän keskusliitto EK, Hyvinvointiala HALI ry, Lääkäripalveluyritykset ry, Mehiläinen Oy, Mehiläinen Länsi-Pohja Oy, Pihlajalinna Oyj, Suomen Lautupäivystys Oy, Suomen Yrittäjät ry, TAYS Sydänkeskus Oy ja lisäksi muutama yksityishenkilön lausunto.

Lisäksi eduskunnan apulaisoikeusasiamies, opetus- ja kulttuuriministeriö, työ- ja elinkeinoministeriö, Kilpailu- ja kuluttajavirasto sekä Ahvenanmaan maakuntahallitus ilmoittivat, etteivät ne anna lausuntoa tai että niillä ei ole lausuttavaa.

Päivystystä ja kiirevastaanottoa koskevat ehdotukset

Lausuntokierroksella olleessa esityksessä ehdotettiin, että jatkossa monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä ja siten ympärivuorokautista päivystystä edellyttävää leikkaustoimintaa ei voisi jatkossa järjestää Kemissä, Savonlinnassa, Oulaisissa, Salossa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa (esityksen lähtiessä lausunnoille Valkeakoskella toimi vielä ympärivuorokautinen päivystys). Perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä ehdotettiin saavan jatkossa ylläpitää Ivalossa, Kemissä, Kuusamossa, Savonlinnassa, Pietarsaareissa ja Raaseporissa. Lausuntoversion mukaan Iisalmissa, Jämsässä, Kouvolassa, Raahessa ja Varkaudessa, joissa on tällä hetkellä voimassa ministeriön myöntämä poikkeuslupa, ei täten voisi jatkossa ylläpitää tällaista päivystystä. Lausuntoversion mukaan Kouvolassa olisi siis lakannut ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys. Lausunnoilla olleessa versiossa ehdotettiin, että Kemissä ja Savonlinnassa saisi jatkossa ylläpitää perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystystä, vaikka monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys lakkaakin.

Lapin, Etelä-Savon ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueet vastustivat monierikoisalaisen päivystyksen lakkaamista koskevaa muutosesitystä omien sairaaloidensa osalta, ja katsoivat, että nykyisenlaisen päivystyksen jatkuminen tulisi olla mahdollista Kemissä, Savonlinnassa ja Salossa.

Lapin hyvinvointialueen lausunnossa katsottiin esityksen lisäävän eriarvoisuutta. Se katsoi, että Lapin hyvinvointialueen väestön palvelujen saavutettavuus heikkenisi oleellisesti ilman mitään tavoiteltuja lisähyötyjä. Se viittasi siihen, että merkittävä osa ihmisistä, keiden etäisyys

päivystykseen kasvaisi, asuu Lapissa, jossa on jo ennestään muuta maata heikompi saavutettavuus ympärivuorokautiseen yhteispäivystykseen. Sen mukaan Lapin hyvinvointialueella asuu 30% koko siitä Suomen väestöstä, johon HE vaikuttaisi. Muutos koskisi noin 52 000 asukasta, joilla pääsääntöisesti matka-aika kasvaisi 0 – 20 minuutista yli tuntiin. Se katsoi esityksellä olevan kielteisiä vaikutuksia potilasturvallisuuteen, henkilöstön saatavuuteen ja terveydenhuollon opiskelijoiden kouluttamiseen. Alue korosti Länsi-Pohjan sairaalan merkitystä ottaen huomioon valmiuden ja varautumisen näkökohdat ja alueen teollisuus. Se piti esityksen laskennallista säästöpotentiaalia erittäin pienenä viitaten muun muassa Rovaniemen keskussairaalan vaatimiin lisäinvestointeihin ja ensihoidon kustannuksiin. Se piti hyvänä, että Kemi ja Ivalo mainitaan laissa paikkakuntina, joissa saa ylläpitää päivystystä, mutta myös korosti alueellista päätösvaltaa siitä, millä kaikilla paikkakunnilla palveluita ylläpidetään.

Etelä-Savon hyvinvointialueen katsoi, että esitys sisältää sen alueelle merkittävän riskin kustannusten noususta esimerkiksi kasvattamalla ensihoidon kustannuksia ja Mikkelin keskussairaalan investointien osalta. Samalla se katsoi, että voimaannapolain mukaisen erillirahoituksen tarve on alueelle edelleen ilmeinen. Sen lausunnossa viitattiin Etelä-Savon mittavaan vapaa-ajan asutukseen, pitkiin etäisyyksiin ja Saimaan maantieteellisiin erityispiirteisiin, alueen elinvoimakysymyksiin, sekä tarpeeseen turvata koulutus- ja harjoittelumahdollisuudet alueella. Alue on tyytyväinen lakiesitykseen siltä osin kuin se koskee Mikkelin keskussairaala.

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen lausunnossa katsottiin Salon sairaalan olevan osa TYKSiä ja toimivan kustannustehokkaasti sen osana sovitun työnjaon mukaisesti. Lausunnossa korostettiin sairaalan merkitystä kouluttamisessa ja päivystyksen merkitystä polikliniselle toiminnalle. Se toi kuitenkin myös esiin, että vakavien terveyshaittojen riski päivystyksen keskittyessä lakiluonnoksen tarkoittamalla tavalla Turun yliopistolliseen keskussairaalaan on vähäinen, koska suurin osa näistä potilaista kuljetetaan ensihoidon toimesta jo nyt suoraan Turkuun.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue katsoi, että Oulaskankaalla tulisi olla mahdollisuus ympärivuorokautiseen perusterveydenhuollon päivystykseen, vaikka monierikoisalainen päivystys lakkaakin. HUS-yhtymä totesi sen näkökulmasta olevan kannatettavaa ja perusteltua, että HUSilla säilyy mahdollisuus ylläpitää monierikoisalaisia ympärivuorokautisia päivystyksiä edelleen muissakin kuin yhdessä sairaalassa. Pirkanmaan hyvinvointialueen lausunnossa yleisesti annettiin tuki hallituksen esityksen ehdotuksille.

Kymenlaakson ja Pohjois-Savon hyvinvointialueet vastustivat perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen lakkaamista omien sairaaloidensa osalta, eli hyvinvointialueiden mukaan mahdollisuus ylläpitää tällaista päivystystä tulisi säilyttää Kouvolassa, Iisalmessa ja Varkaudessa. Kymenlaakson hyvinvointialue toi lausunnossaan esille Kouvolan asukasluvun suuruuden verrattuna muihin lakkautusuhan alla oleviin perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksiin, vapaa-ajan asukkaiden palvelutarpeen, alueellisen työnjaon Kymenlaakson keskussairaalan ja Kouvolan Ratamon päivystyksen välillä, potilasturvallisuuden sekä Kouvolan päivystyksen merkityksen muille hyvinvointialueella toimiville tahoille, kuten varuskunnalle ja alueen koulutuslaitoksille. Kymenlaakson hyvinvointialueen lausunnossa katsottiin, että Kouvolan päivystyksen lakkauttamisesta seuraisi merkittäviä kustannuksia säästöjen sijaan. Pohjois-Savon hyvinvointialue katsoi, että päivystyksestä päättäminen tulisi kuulua itsehallinnon piiriin, eikä yksittäisistä päivystyspaikkakunnista tulisi päättää laissa. Pohjois-Savon lausunnossa syntyvien säästöjen arvioitiin olevan esityksessä esitettyjä vähäisempiä.

Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet vastustivat Kemin ja Savonlinnan sairaalan päivystyksen muuttamista perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautiseksi päivystykseksi. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue totesi, että hyvinvointialueella on päätöksenteossa suunnitelma kiireellisen vastaanottotoiminnan järjestämisestä Raahessa päivisin ja iltoisin klo 22 asti vuoden jokaisena päivänä. Keski-Suomen hyvinvointialue ja HUS-yhtymä tukivat esitystä. HUS-yhtymä totesi, että niiden päivystysten osalta, joille mahdollistetaan päivystyksen ylläpitäminen, tulee sääntelyn ehdottomasti olla sallivaa, ei pakottavaa. Pohjanmaan hyvinvointialueen näkökulmasta esitetty muutos on kannatettava rahoitusmallia lukuun ottamatta.

Muista hyvinvointialueista Etelä-Karjalan, Etelä-Pohjanmaan, Kainuun ja Satakunnan hyvinvointialueet kannattivat päivystystä koskevia esityksiä. Pohjois-Karjalan hyvinvointialue katsoi pykälämuutosten olevan pääsääntöisesti oikeansuuntaisia. Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue katsoi, että perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystys tulee kuulua hyvinvointialueen itsehallinnon piiriin vaikkakin esitetyt ratkaisut ovat sinänsä perusteltuja. Kanta-Hämeen, Länsi-Uusimaan hyvinvointialueen ja Helsingin kaupungin lausunnoissa ei otettu suoraan kantaa lakkaaviin tai jatkuviin yöpäivystyksiköihin, mutta tuotiin esiin esityksen vaikutuksia. Pirkanmaan hyvinvointialueen lausunnossa yleisesti annettiin tuki hallituksen esityksen ehdotuksille.

Useissa sellaisten kuntien ja kaupunkien lausunnoissa, joiden alueella tai lähialueella sijaitsevaan päivystykseen ehdotettiin muutoksia, vastustettiin muutoksia ja viitattiin vastaaviin seikkoihin kuin hyvinvointialueiden lausunnoissa tuotiin esiin. Lisäksi erilaiset erityisesti Savon ja Savonlinnan sekä Kymenlaakson ja Kouvolan alueen alueelliset toimijat, kansalaisryhmät ja alueen sairaalan henkilökunnan edustajat vastustivat voimakkaasti alueensa sairaalan muutosesityksiä. Suomen kättilöliitto totesi, ettei se kannata yhdenkään synnytyssairaalan vähentämistä. Samoin synnytystoiminnan lakkaamiseen Kemissä kriittisesti suhtautuvat STTK ja SuPer ry. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos kannatti monierikoisalaisen päivystyksen keskittämistä. Aluehallintovirastot katsoivat, että muillekin kuin ehdotetuille hyvinvointialueille tulisi antaa mahdollisuus ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä, ja katsoi että Kouvolassa tulisi olla tällainen mahdollisuus.

Valtiontalouden tarkastusvirasto VTV katsoi, että luonnoksessa on kiinnitetty huomiota tärkeisiin seikkoihin, joilla erikoissairaanhoidon keskittämistoimien tuloksellisuutta voidaan tukea. Ongelmana on kuitenkin, että luonnoksessa monista asioista pyritään säätämään kirjaamalla lainsäädäntöön yleisen tason tavoitteita, joiden oletetaan toteutuvan käytännön toimeenpanossa. Se kiinnitti huomiota esityksen toimeenpanoon ja sen seurannan tarkeyteen.

Monissa lausunnoissa enemmän arvioitiin muutosesitysten vaikutuksia tai kommentoitiin sen yksityiskohtia kuin välttämättä otettiin suoraan kantaa siihen, kannattaako taho päivystystä koskevia ehdotuksia vai ei. Lausunnoissa esiin nousivat erityisesti vaikutukset yhdenvertaisuuteen, saavutettavuuteen, koulutusjärjestelmään, henkilöstöön, potilasturvallisuuteen ja aluetalouteen sekä alueellisen itsehallinnon korostaminen laissa tarkkaan säätämisen sijaan. Myös jäljelle jäävien päivystysyksiköiden ruuhkautuminen tuotiin esiin. Esityksen tavoitteille esitettiin kuitenkin myös tukea.

Lausunnoissa esitettiin huolta siitä, että esitetyt muutokset ja pitenevät etäisyydet heikentävät hoitoon pääsyä ja siten vaarantavat potilasturvallisuutta ja potilaiden yhdenvertaisuutta. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus katsoi, että päivystysyksiköistä säätäminen edistää kansalaisten yhdenvertaisuutta. Se kuitenkin kiinnitti huomiota, että puutteellisen tiedon valossa kaikkien muutosten myönteistä vaikutusta asiakas- ja potilasturvallisuuteen ei ole osoitettavissa tai jää epäily jopa muutoksen kielteisestä vaikutuksesta. Esitetyn muutoksen kielteiset

vaikutukset asiakas- ja potilasturvallisuuteen voivat olla merkittäviä, jos haavoittuvassa asemassa olevien asukkaiden palvelujen saavutettavuus vaikeutuu tai jos toimintaan kohdistuvat lisäsäästöt heikentävät tosiasiallista palvelujen saatavuutta. Keskus korosti lausunnossaan alueellisen arvioinnin tärkeyttä ja muutosten säätämistä ja ohjaamista yhteisymmärryksessä niiden palvelunjärjestäjien kanssa, joita muutokset koskevat. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen tekemän seurannan perusteella hyvinvointialueilla on vahva tahtotila asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämiseen. Suomen Sydänliitto ry ja Suomen Kardiologinen Seura nostivat esiin huolen potilasturvallisuuden vaarantumisesta sydänpotilaiden osalta viitaten siihen, että monet sydänsairaudet vaativat välitöntä hoitoa, ja on varmistuttava riittävästä lääkärin tekemistä diagnostisista mahdollisuuksista. Eräissä lausunnoissa esiin nostettiin myös aivoinfarktipotilaiden tarvitsema kiireellinen hoito. Suomen Yleislääkärit GPF ry oli täysin samaa mieltä siitä, ettei yöllä tarvita yleislääkärin palveluja, muttei myöskään ole välttämätöntä tarvetta kalliille kiirevastaanotolle iltaisin. Erityisesti iäkkäät potilaat on järkevää, tehokkainta ja turvallisinta hoitaa päivystyksessä, missä ovat tarvittavat tutkimusmahdollisuudet sekä akuuttilääkärit ja muut päivystyksellisiin asioihin perehtyneet lääkärit ja moniammatillinen henkilökunta. Oikeusministeriön mukaan jää epäselväksi, miten muutoksilla turvataan väestön yhdenvertainen, tosiasiallinen pääsy palveluihin ja kiinnitti huomiota alueelliseen yhdenvertaisuuteen. Potilasjärjestöjen lausunnoissa korostui huoli esityksen vaikutuksista eri ihmisryhmille.

Useissa koulutusjärjestelmää edustavien tahojen lausunnoissa ja osan muutosalueiden lausunnoissa nousi esiin huoli niin sosiaali- ja terveydenhuollon opiskelijoiden harjoittelupaikkojen riittävydestä kuin harjoittelun laadun ja monipuolisuuden säilymisestäkin esitettyjen muutosten seurauksena. Lausunnoissa tuotiin esiin, että esitetyt toiminnan keskittämiset lisäisivät painetta kasvattaa harjoittelupaikkojen määrää yliopisto- ja keskussairaaloissa. Esityksen muutosten ohella huolta harjoittelupaikkojen riittävydestä kasvattavat opiskelupaikkojen lisäykset. Myös lääkäreiden erikoistumiskoulutusten järjestämisen muutostarpeisiin kiinnitettiin huomiota. Useissa lausunnoissa kannettiin huolta siitä, etteivät esityksen ehdotetut muutokset välttämättä paranna sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuutta tai varmista osaamisen riittävyttä.

Oikeusministeriön piti kielellisiä oikeuksia koskevia säännöksiä asiamukaisena. Svenska Finland Folktinget katsoi Raaseporin ja Pietarsaaren päivystyksen osalta olevan ongelmallista, että kielellisten oikeuksien toteutumiseen näin merkittävällä tavalla vaikuttavat päätökset luovutetaan alemman tason päätöksentekoon. Erityisesti Raaseporin sairaalan osalta tulisi varmistaa, että päivystystoiminta jatkuu siellä ympärivuorokautisesti. Myös Lohjan sairaalan osalta tulisi harkita erillisratkaisua. Oikeusministeriö ja Folktinget esittivät kielellisten oikeuksien vaikutusten arvioiden täsmentämistä. Saamelaiskäräjät totesi, että on tärkeää, että ympärivuorokautisen päivystystoiminnan jatkuminen Ivalossa turvataan. Se piti myös tärkeänä, että jatkossakin saamelaisten kotiseutualueen asukkaat voivat asioida ja käyttää tarvitsemiaan palveluita Lapin keskussairaalassa Rovaniemellä, joka on lähempänä saamelaisten kotiseutualuetta kuin Kemi. Jo nyt pitkä välimatka kotiseutualueelta aiheuttaa usein erityisiä järjestelyjä esimerkiksi matkojen osalta, ja se katsoi, etteivät matkat sote-palvelujen piiriin saisi entisestään pidentyä eikä esimerkiksi muutosten seurauksena jokin toinen toiminto siirtyä vastaavasti kauemmas Kemiin.

Osa hyvinvointialueista, kunnista ja kaupungeista, Helsingin yliopisto ja useat ammattilaiset ja kansalaisnäkemykset nosti esiin tiettyjen muutosten kohteena olevien sairaaloiden merkityksen puolustusvoimien terveydenhuollon, puolustuskyvyn, Nato-jäsenyyden ja DCA-sopimuksen kannalta ja katsoi esityksellä olevan kielteisiä vaikutuksia valmiuteen ja varautumiseen. Pääesikunnan lausunnon mukaan hallituksen esityksen sisältämät muutokset eivät aiheuta oleellista uhkaa Puolustusvoimien toiminnalle niin normaali- kuin poikkeusoloissakaan.

Sairaalaverkon muutokset vaikuttaisivat Puolustusvoimiin lähinnä poikkeusolojen tukeutumisairaaverkoston supistumisena. Poikkeusolojen toiminnan tukemiseksi on tärkeää, että päiväkirurginen toiminta jatkuu erityisesti Kemissä, Savonlinnassa ja Valkeakoskella siten, että toimitiloissa on kirurgiseen hoitoon tarvittavat toimitilavalmiudet. Kouvolan yöpäivystyksen lakkauttaminen ei vaikuta merkittävästi Kouvolan varuskunnan terveydenhuoltoon tavallisessa tautitilanteessa, mutta epidemia-aikana saavutettavuudella olisi merkitystä. Lausunnossa korostettiin muutosten toimeenpanon valmistelussa yhteistyötä hyvinvointialueiden ja Puolustusvoimien välillä. Puolustusministeriö kannatti esitystä.

Useat lausunnonantajat (ainakin HUS-yhtymä, Pirkanmaan hyvinvointialue, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Suomen akuuttilääketieteen yhdistys ry ja Akuuttilääketieteen alaosa / Lääkäriliitto) totesivat, ettei nykyisinkin laissa säädettyä erillistä akuuttilääketieteen päivystystä ole varsinaisesti olemassa. Akuuttilääketieteen erikoislääkärit päivystävät kaikissa päivystyksissä yhdessä muiden erikoisalojen edustajien kanssa. Lausunnoissa ehdotettiin, että laissa perusterveydenhuollon päivystyksen yhteydessä säädetystä erillisen akuuttilääketieteen päivystyksen käsitteestä luovutaan.

Useimmat asiasta lausuneet pitivät ehdotettuja muutoksia ja täsmennyksiä ilta-aikaisen ja viikonlopun päiväaikaisen perusterveyden kiireellisen vastaanotto toiminnan järjestämiseen kannatettavina. Osassa lausuntoja nostettiin esiin, kuinka velvoittavaa kiirevastaanottoja koskeva sääntelyä on ja pyydettiin tarkentamaan asiaa. Aluehallintovirastojen yhteisen lausunnon mukaan valvonnan helpottamiseksi laissa olisi oltava minimivaatimukset tai vähimmäisvaatimukset palvelujen järjestämiselle. Joissain lausunnoissa etäpalveluiden laajamittaiseen käyttöön hoidon tarpeen arvioinnissa suhtauduttiin kriittisesti.

Erityisesti ne alueet, joihin esityksen muutokset kohdistuivat, kritisoivat lausunnoissaan voimakkaasti toiminnallisia ja taloudellisia vaikutusarvioita. Ne esittivät vaihtoehtoisia arvioita, ja osassa lausuntoja katsottiin päivystystä koskevien lakimuutosten nostavan kustannuksia säästöjen syntymisen sijaan, tai säästöpotentiaalin olevan esityksessä arvioitua pienempi. Alueiden näkökulmasta heillä itsellään on käytössään tarkempi tietopohja vaikutusten arvioinnin tekemiseksi. Hyvinvointialueiden toimintaa rajoittaville lakimuutoksille ei lausuntojen mukaan ole osoitettu riittäviä taloudellisia ja toiminnallisia perusteita. Useassa lausunnossa katsottiin, että ensihoidon kapasiteetin lisäystarpeet on aliarvioitu. Toisaalta joissain lausunnoissa myös katsottiin, että esityksessä on käsitelty monipuolisesti vaikutuksia. Valtionvarainministeriö kannatti esitystä.

Leikkaustoiminta

Raskaan, leikkaussaliolosuhteita vaativan kirurgian keskittämistä jatkossakin kannatettiin laajasti. Useat hyvinvointialueet kannattivat myös julkisomisteisen, sairaalan välittömässä läheisyydessä toimivan ja kiinteässä toiminnallisessa yhteydessä olevan yhtiöitetyn toiminnan mahdollistamista. Toisaalta esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue toi esiin riskin henkilökunnan siirtymisestä yksityisille palveluntuottajille. Vaatimusta sopia hankintaan liittyvistä periaatteista yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa pidettiin perusteltuna. Valtiontalouden tutkimuskeskus VATT ja Valtiontalouden tarkastusvirasto VTV totesivat, että vaatimus palveluntuottajan välittömästä läheisyydestä sulkee osan yksityisiä terveydenhuoltopalveluita tekevistä yrityksistä mahdollisten hankintojen ulkopuolelle. Ostopalveluiden ja palvelusetelien käytön lisääminen nähtiin useassa lausunnossa olevan hyviä keinoja hoidon saatavuuden parantamiseksi.

Lausunnoissa yleisesti kannatettiin mahdollisuutta jatkaa päiväkirurgiaa nimetyissä julkisissa sairaaloissa. Näkemykset lausunnoissa vaihtelivat sitä koskien, miten eri toimenpiteet ja

päiväkirurgiset leikkaukset tulisi määritellä ja millä tasolla niistä tulisi säätää tai niitä määritellä. Useat hyvinvointialueet pitivät perusteltuna mahdollisuutta hankkia tiettyjä kevyempiä toimenpiteitä ja päiväkirurgista leikkaustoimintaa yksityisiltä palveluntuottajilta tietyin reunaehdoin. Yksityiset terveydenhuollon palveluntuottajat ja niiden etujärjestöt sekä HUS-yhtymä katsoivat, että yksityisiltä palveluntuottajilta tehtävän leikkaustoiminnan hankinnan edellytyksiä voisi lieventää ehdotettua enemmänkin. Erityisesti esiin nousi toive tekonivelleikkausten hankinnan mahdollistamisesta. Useissa lausunnoissa pidettiin tärkeänä laadullisten kriteerien kehittämistä ja tietopohjan laajentamista päätöksenteon tueksi. Lisäksi toivottiin ylätasoa ohjausta esimerkiksi kannustimien luomiseksi.

Esityksen jatkovalmistelu

Esityksen jatkovalmistelussa lausuntokierroksella ollut esitystä muutettiin siten, että esityksessä ehdotetaan luovuttavan jo voimassa olevassa laissa olevasta käsitteestä ”ympäri vuorokautinen akuuttilääketieteen päivystys” ja sen sijaan terveydenhuoltolain 50 §:n 6 momentissa ehdotetaan säädettävän mahdollisuudesta ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä. Lisäksi lausunnoilla olleeseen version nähden ehdotetaan, että myös Kouvolassa saisi ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä. Kemin ja Savonlinnan sairaaloiden päivystyksen osalta ehdotetaan, että hyvinvointialue voisi ylläpitää vaihtoehtoisesti ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä tai sellaista rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä, joka tukee sairaalan ja sen erikoissairaanhoidon vuodeosastojen toimintaa ja alueen hoitoketjuja, mutta ei kuitenkaan ole monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys; lausuntoversiossa ei ehdotettu tällaista rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä.

Lausuntopalautteen perusteella esitystä muutettiin siten, että päiväkirurgiana toteutettavia primaareja polven ja lonkan tekonivelleikkauksia olisi mahdollista hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta sekä niitä on mahdollista tehdä väliaikaisesti siirtymäkautena Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloilla sekä sellaisissakin HUS-yhtymän sairaaloissa, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Lausuntoversion mukaan mitään tekonivelkirurgiaa ei olisi voinut jatkaa mainituissa sairaaloissa taikka hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta.

Esityksen vaikutusarvioita, säännösehdoitusten muotoiluja sekä perusteluja täydennettiin lausuntopalautteen perusteella. Taloudellisten vaikutusten arvioiden osalta esitystä muutettiin siten, että Länsi-Pohjan sairaalan toiminnan muutoksista laskettiin säästöpotentiaalia, kun lausuntoversiossa sitä ei ollut laskettu. Esityksen lähtökohtana on, ettei säästöpotentiaaliin lasketa mukaan sellaisia toiminnan muutoksia, jotka sinänsä ovat yhtenevät esityksen ehdotusten kanssa, mutta joista alue on jo itse tehnyt päätöksen. Muun muassa Lapin hyvinvointialue toi esiin, etteivät sen tekemät päätökset ole yhteneviä esityksen kanssa, vaan sen omien päätösten mukaan Länsi-Pohjan sairaalaan jäisi sellaisia toimintoja, joita se ei voisi tämän esityksen myötä jatkaa. Pohjois-Pohjanmaan aluevaltuuston kesällä 2024 tekemän päätöksen myötä yöaikainen päivystys päättyy Raahessa vuoden 2025 alusta, ja Keski-Suomen hyvinvointialueen kesällä 2024 tehdyn täydennetyn hakemuksen mukaan Jämsän ympärivuorokautiseen päivystykseen haetaan poikkeuslupaa elokuun 2025 loppuun. Täten näiden päivystysyksiköiden yöaikaisen toiminnan loppumisesta saatava säästöpotentiaali poistettiin taloudellisten vaikutusten arvioinnista.

Myös muita vaikutusarvioita, kuten ihmisvaikutuksia (muun muassa potilasturvallisuus ja kielivaikutukset) täydennettiin lausuntopalautteen perusteella. Säännösehdoituksiin ja säännöskohtaisiin perusteluihin tehty muutokset (edellä mainittujen sisällöllisten muutosten lisäksi) olivat pääosin sääntelyä ja sen tarkoituksia selkeyttäviä.

Lausunnoilla olleessa versiossa esitettiin, että ehdotetut lait tulisivat pääasiallisesti voimaan vuoden 2026 alusta, ja toistaiseksi voimassa oleva 2. lakiehdotus olisi voimassa 1.3.2025 lähtien vuoden 2025 loppuun. Esityksen jatkovalmistelussa päädyttiin ehdottomaan, että esitys tulee pääasiallisesti voimaan jo 1.10.2025. Väliaikaisen leikkaustoimintaa koskevan 2. lakiehdotuksen ehdotetaan olevan täten voimassa 1.1.–30.9.2025.

Lainsäädännön arviointineuvoston lausunto

Lainsäädännön arviointineuvosto antoi esityksestä lausunnon 23.9.2024. Arviointineuvosto katsoi, että hallituksen esitysluonnos täyttää kiitettävästi lainvalmistelun vaikutusarviointiohjeen vaatimukset. Arviointineuvostolla oli vain vähäisiä lisäehdotuksia hallituksen esitysluonnokseen. Se katsoi, että esitysluonnoksen perusteella saa hyvän ja kattavan kuvan nykytilasta, keskeisistä ehdotuksista ja vaikutuksista. Vaikutuksia on arvioitu hyvin ja eri näkökulmista. Kehittämiskohteina arviointineuvosto toi esiin, että esityksessä tulee arvioida, millaisia riskejä päivystysverkon supistuminen voi aiheuttaa ensihoitoon ja hätäkeskuspäivystykseen sekä kuvata, vaikuttaako ehdotettu muutos erilaisiin onnettomuuksiin ja kriisitilanteisiin varautumiseen. Esitysluonnoksessa tulee tarkentaa, kuinka merkittävästi kotitalouksien kuljetus- ja matkakustannukset voivat kasvaa niillä kotitalouksille, jotka järjestävät matkan kokonaan omalla kustannuksella tai joutuvat turvautumaan kuljetuspalvelun käyttöön. Arviointineuvosto suositteli, että hyvinvointialueita koskevassa arvioissa tuotaisiin paremmin esille laskelmiin liittyviä epävarmuuksia. Neuvosto myös suositteli, että olennaiset vaikutukset olisi hyvä esittää kootusti esimerkiksi taulukossa.

Arviointineuvoston lausunnon perusteella täsmennettiin vaikutuksia ensihoitoon, Hätäkeskukseen, onnettomuustilanteisiin ja matkakustannuksiin ja selkeytettiin säästöpotentiaaliin liittyvää epävarmuutta.

7 Säännöskohtaiset perustelut

7.1 Terveys- ja huoltolaki

45 §. Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen. Pykälän 1 momentissa säädetään siitä, että osa tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista kootaan suurempiin yksiköihin eli käytännössä tiettyihin sairaaloihin ja että valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoito kootaan vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Lisäksi momentissa on valtuutussäännös, jonka mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden tai useamman valtakunnallisen toimijan hoidettaviksi. Tämän virkkeen sanamuotoa ehdotetaan muutettavaksi siten, että ”valtakunnallisen toimijan” sijasta säädettäisiin, että eräät tehtävät voidaan säätää yhden hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taikka useamman hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän hoidettaviksi. Terveys- ja huoltolain soveltamisala kattaa hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän järjestämisvastuulla olevan erikoissairaanhoidon järjestämisen, joten muutos selkeyttäisi säännöksen tarkoitusta.

Pykälän 2 momentissa säädetään alueellisesta työnjaosta. Momentissa on säännös, jonka mukaan sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoitoa kootaan terveys- ja huoltolain 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin. Tässä esityksessä ehdotetaan luovuttavan käsitteestä ”laaja ympärivuorokautinen (yhteis)päivystys” jäljempänä 50 §:n säännöskohtaisissa perusteluissa selostettavasta syystä. Täten tässä 45 §:n 2 momentissa viitattaisiin jatkossa ”50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin päivystysyksiköihin”. Momenttia ei ehdoteta muutettavaksi muuten

kuin tämän sanamuodon osalta. Sääntelyn lähtökohta siis on, että lähtökohtaisesti yliopistollisiin sairaaloihin ja 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin päivystysyksiköihin kootaan erikoissairaanhoidtoa, jolloin niissä voi olla laajemmin palveluita tarjolla kuin 50 §:n 4 momentin tai ehdotetun 50 §:n 5 momentin mukaisissa yksiköissä taikka muissa sairaaloissa. Säännös ei kuitenkaan estä alueiden ja sairaaloiden välistä tarkoituksenmukaista työnjakoa esimerkiksi siten, että jotain tiettyä toimenpidettä järjestetäänkin muussa sairaalassa, mutta ei jossain tai joissain 50 §:n 3 momentin mukaisessa yksikössä. Pykälän 7 momentissa olevan asetuksenantovaltuuden nojalla valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin valtakunnallisesta ja alueellisesta hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän ja niiden sairaaloiden työnjaosta, keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta.

Pykälän voimassa olevan 3 momentin mukaan leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Jäljempänä uudessa 4 ja 5 momentissa ehdotetaan muutosta leikkaustoiminnan edellytyksiä koskevaan sääntelyyn, eli jatkossa tiettyjä leikkauksia ja toimenpiteitä voisi tehdä muissakin sairaaloissa ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Tässä 3 momentissa ehdotetaan muutettavan sääntelyä siten, ettei jatkossa säädettäisi, että tällainen leikkaustoiminta tulee ”kokonaisuudessaan” koota tiettyihin sairaaloihin. Tässä esityksessä ehdotetaan luovuttavan käsitteestä ” ympärivuorokautinen yhteispäivystys” jäljempänä 50 §:n säännöskohtaisissa perusteluissa selostettavasta syystä. Täten momentissa jatkossa säädettäisiin, että leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee keskittää 50 §:n 3–5 momentissa tarkoitettuihin sairaaloihin, joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys.

Momentissa tarkoitettulla leikkaustoiminnalla tarkoitettaisiin leikkauksia ja toimenpiteitä, joiden laadukas ja potilasturvallinen toteuttaminen edellyttävät leikkaussaliolosuhteita ja toiminnan toteuttamiseksi perehtyneen anestesia- ja leikkaustoiminnan tiimit ja osaamisen. Leikkaus- ja anestesiatyypit ja leikkauksen kohde niissä ovat sellaisia, että potilasturvallisuus edellyttää jälkiseuranta sairaalassa muun muassa anestesian ja puudutuksen haihtumiseksi, potilaan toipumiseksi ja jatkohoidon suunnittelemiseksi tai välittömien leikkauskomplikaatioiden havaitsemiseksi taikka toimenpiteen luonteen vuoksi sen suorittavassa sairaalassa edellytetään ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta leikkauskomplikaatioiden, esimerkiksi laajan verenvuodon, hallitsemiseksi, vaikka potilas kotiutuisi. Toimenpide voi edellyttää erityisiä tiloja tai laitteita.

Pykälän 4 momentissa ehdotetaan uutena sääntelynä säädettävän siis poikkeus 3 momentin leikkauksien keskittämistä koskevaan pääsääntöön. Tässä hallituksen esityksessä ehdotetaan, että Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa ei jatkossa voisi ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä, joten niissä ei lähtökohtaisesti voisi jatkossa 45 §:n 3 momentin säännöksen takia myöskään tehdä mainitussa momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa. Pykälän 4 momentissa kuitenkin säädettäisiin, että sen estämättä, mitä 3 momentissa säädetään, osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä valikoidusta päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voidaan suorittaa myös hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa. Esityksessä ehdotetaan jätettävän HUS-yhtymälle melko paljon päätösvaltaa siitä, millaisia palveluita ja päivystyksiä se sairaaloissaan ylläpitää. Valikoitua päiväkirurgiaa ja lyhytjälkihoitoista eri erikoisalojen leikkaustoimintaa voitaisiin suorittaa myös sellaisissa HUS-yhtymän sairaaloissa, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä.

Päiväkirurgialla ja lyhytjälkihoitoisella leikkaustoiminnalla tarkoitetaan momentissa sellaista leikkaustoimintaa, joka edellyttää leikkaussali- tai toimenpidehuoneen erityisolosuhteita ja toiminnan toteuttamiseksi perehtyneet anestesian ja leikkaustoiminnan tiimit ja osaamisen. Leikkaustyyppi ja leikkauksen kohde ovat kuitenkin sellaiset, että potilasturvallinen toimenpiteen toteuttaminen ei edellytä kuin joidenkin tuntien jälkiseurantaa sairaalassa muun muassa anestesian ja puudutuksen haihtumiseksi sekä välittömien leikkauskomplikaatioiden havaitsemiseksi. Toimenpide ei siis edellytä ympärivuorokautista seurantaa, tarkkailua ja toipumista vuodeosastolla eikä myöskään toimenpiteen suorittaneen sairaalan ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta leikkauskomplikaatioiden, esimerkiksi laajan verenvuodon, hallitsemiseksi. Myöskään toimenpiteiden suorittaminen ei edellytä kalliita erityislaitteinvestointeja. Pykälän 4 momentin mukaisista leikkauksista ja toimenpiteistä säädettäisiin asetuksessa, jotta on selvää, mitä toimenpiteitä tarkoitetaan. Tällaisia toimenpiteitä voisivat olla esimerkiksi tietyt yleiskirurgian volyymitoimenpiteet, tietyt urologiset toimenpiteet, tietyt murtumat, joiden leikkausta voi odottaa kotona, ja kaihikirurgia. Ratkaisevaa ei ole yksinomaan anestesian muoto tai se, että osalla valikoituja potilaista tiettyjä leikkauksia voidaan potilasturvallisesti tehdä päiväkirurgisesti. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon keskittämisasetuksella keskitettyä kirurgiaa, muun muassa selkäkirurgiaa ja syöpäkirurgiaa, ei voisi toteuttaa näissä sairaaloissa.

Hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloilla ja niissä HUS-yhtymän sairaaloilla, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä, ei myöskään saisi toteuttaa tekonivelkirurgiaa. Tästä pääsäännöstä poiketen lain siirtymäsäännösten nojalla päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia saisi väliaikaisena toimintana suorittaa näissä sairaaloissa, jos 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella vaarassa jäädä toteutumatta eikä hyvinvointialue tai HUS-yhtymä pysty hankkimaan riittävästi näitä leikkauksia muilta hyvinvointialueilta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksella 52 §:ssä tarkoitettu hoitoon pääsyn enimmäisaika eli niin sanottu hoitotakuu on erikoissairaanhoidossa kuusi kuukautta. Hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän velvoitteena olisi ensin kartoittaa erityisesti oman yhteistyöalueensa muiden hyvinvointialueiden ja muiden lähialueen hyvinvointialueiden mahdollisuudet suorittaa näitä leikkauksia ennen kuin se käynnistää väliaikaisen leikkaustoiminnan sairaalassa. Tällaista kartoitusta tulisi myös jatkuvasti tehdä leikkaustoiminnan jatkoa arvioiessa.

Ehdotetun siirtymäsäännöksen mukaan leikkauksia saisi suorittaa ”väliaikaisesti”. Tällä tarkoitetaan sitä, että kyseisissä sairaaloissa ei saisi järjestää säännöllisenä ja jatkuvana toimintana edellä tarkoitettua tekonivelkirurgiaa, vaan sairaaloissa voitaisiin hoitojonojen kertyessä ja niitä purkaessa vain väliaikaisesti ylläpitää leikkaustoimintaa, kunnes hoitotakuu taas toteutuu. Siirtymäsääntely olisi voimassa 30.6.2028 saakka. Tähänkin asti mahdollisuus olisi siis vain väliaikainen, eikä säännöksen tarkoitus ole mahdollistaa päiväkirurgisten polven ja lonkan primaarien tekonivelleikkausten suorittamista jatkuvana ja säännönmukaisena toimintana 30.6.2028 saakka, eikä siten siis myöskään sitoa tekonivelkirurgian erityisosaajaresurssia näihin sairaaloihin. THL:n tilastojen mukaan tiedetään, että tekonivelleikkausta yli kuusi kuukautta odottaneita on merkittävä määrä. Siirtymäsäännöksen nojalla voitaisiin hyödyntää erityisesti Oulaisten, Savonlinnan ja Kemien sairaaloissa olevaa osaamista ennen kuin lakimuutosten toimeenpanon myötä leikkaukset näissä sairaaloissa lakkaisivat kokonaan. Kyseisissä sairaaloissa leikataan tällä hetkellä tekoniveliä. Lainsäädäntö mahdollistaa myös sen, että hyvinvointialue hyödyntää siirtymäaikana momentissa tarkoitettujen sairaaloiden sairaalan leikkaussalikapasiteettia esimerkiksi siten, että hoitojonojen purkamiseksi sairaalaan saapuu väliaikaisesti leikkaustiimi hyvinvointialueen yliopistollisesta sairaalasta tai keskussairaalasta, tai väliaikaisesti hankitaan leikkaavaa henkilöstöä vuokratyövoimana.

Jos säännöksen nojalla ylläpidetään päiväkirurgisten polven ja lonkan primaarien tekonivelten leikkaustoimintaa sairaalassa, toiminnan ensisijainen tarkoitus on oltava oman hyvinvointialueen hoitojonojen purkaminen väliaikaisella leikkaustoiminnalla. Jos edellytykset leikkaustoiminnan väliaikaiselle ylläpidolle muuten täyttyvät, sairaalassa olisi kuitenkin mahdollista leikata myös erityisesti oman yhteistyöalueen muidenkin hyvinvointialueiden potilaita. Terveystieteiden lain 47 §:n 3 momentin mukaan henkilö voi valita hoidon antavan hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon toimintayksikön riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella toimintayksikkö sijaitsee. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Periaatteessa leikkaustoimintaa ylläpidettäessä yksikössä olisi mahdollista leikata myös potilas, joka valitsee kyseisen yksikön valinnanvapausääntelyn nojalla. Potilaalla ei kuitenkaan olisi oikeutta valita kyseistä sairaalaa, jos leikkaustoimintaa ei siellä juuri tuolloin suoriteta. Lainsäädännön vastaista joka tapauksessa olisi suunnitella leikkaustoimintaa lähtökohdasta, jossa yhteistyöalueella tai hyvinvointialueella tällaiseen sairaalaan ohjataan potilaita tarkoituksella, jotta leikkaustoiminta voi jatkua kyseisessä sairaalassa, tai esimerkiksi markkinoitaisiin sairaalaa valinnanvapausasiakkaille, jotta leikkausvolymit pysyvät suurina.

HUS-yhtymällä olisi velvoite 50 §:n 3 momentin nojalla ylläpitää yliopistollista sairaalaa Helsingissä. Lisäksi 50 §:n 5 momentin mukaan HUS-yhtymä saisi ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä sairaaloissaan myös muilla HUS-yhtymän alueella sijaitsevilla paikkakunnilla. Näissä sairaaloissa saisi suorittaa leikkaustoimintaa 45 §:n 3 momentin säännöksen nojalla. Tämän lisäksi siis HUS-yhtymä voisi suorittaa 4 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa myös muissa sairaaloissaan, vaikka niissä ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Momentissa mainittaisiin myös HUS-yhtymä, koska HUS-yhtymän sairaalatoiminta on jakaantunut kymmeniin eri kiinteistöihin, jotka muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. HUS-yhtymän alueen väestöpohja on lähes 1,7 miljoonaa. Momentin perusteella HUS-yhtymälle jätetään toimivalta päättää kulloisenkin sairaalansa tarkemmasta roolista ja niiden työnjaosta toimintaympäristön muuttuessa, kunhan muutoin lainsäädännössä sairaalan toiminnalle säädetyt edellytykset toteutuvat.

Pykälän 4 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa saisi suorittaa vain 4 momentissa nimetyissä hyvinvointialueiden sairaaloissa, sekä luonnollisesti myös 50 §:n 3–5 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa, joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys. Tällaista leikkaustoimintaa ei siis saisi aloittaa uudessa sairaalassa tai käynnistää uudelleen muussa sairaalassa, josta se on jo aiemmin lakannut voimassa olevan 45 §:n 3 momentin sääntelyn vuoksi.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin lisäedellytyksiä momentissa tarkoitettua leikkaustoiminnan suorittamiselle nimetyissä sairaaloissa. Edellytyksenä olisi, että hyvinvointialue ja HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen, ja asiasta on oltava sovittu järjestämislain 36 §:ssä tarkoitettua yhteistyösopimuksessa. Leikkaustoiminnan ylläpitäminen näissä sairaaloissa ei myöskään saisi vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloissa tai keskussairaaloissa taikka hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista. Kun hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä yhdessä yhteistyösopimusta tehdessään suunnittelevat leikkaustoiminnan järjestämistä, on siis arvioitava mitä vaikutuksia leikkaustoiminnan ylläpidolla on toiminnan laatuun sekä henkilöstön riittävyyteen. Henkilöstön riittävyyttä tulee arvioida laajemminkin kuin vain yhden hyvinvointialueen toimintayksiköissä eli on otettava huomioon myös muiden yhteistyöalueen hyvinvointialueiden keskussairaaloiden ja yliopistollisen sairaalan tilanne. Sääntely yhteistyösopimuksessa sopimisesta täydentää järjestämislain 36 §:n 3 momentin sääntelyä, sillä sen mukaan yhteistyösopimuksessa on sovittava hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta sellaisten

sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa, jotka harvoin tarvittavina tai erityisen vaativina edellyttävät toistettavuutta tai laaja-alaista erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin, välineisiin tai toimitiloihin sekä erikoissairaanhoidon henkilöstön ja osaamisen varmistamisessa erikoisaloittain palvelujen tarkoituksenmukaisen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamiseksi.

Pykälän 5 momentissa säädettäisiin, että lisäksi sellaisia anestesilogista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativia kevyitä toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa muussakin toimitilassa kuin leikkaussalissa ja jotka edellyttävät vain lyhytaikaista potilaan jälkiseurantaa, voidaan lisäksi tehdä muussakin terveydenhuollon toimintayksikössä. Tällaisia toimenpiteitä voisivat olla muun muassa suunniteltu sydämen rytminsiirto, psykiatrinen sähköhoito ja anestesiassa tehtävä hammashoito. Edellytyksenä on, että hyvinvointialue, Helsingin kaupunki tai HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen. Osaa tällaisista toimenpiteistä voisi siis suorittaa myös perusterveydenhuollon yksiköissä. Uudenmaan osalta tämä merkitsee, että osaa näistä toimenpiteistä voisivat siis suorittaa myös Uudenmaan hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki toimintayksiköissään.

Pykälän 3–5 momentissa tarkoitetut leikkaustoimenpiteet eivät sisällä paikallis- tai johtopuudutuksessa tehtäviä toimenpiteitä, joissa ei tarvita mukana anestesiologia. Näitäkin toimenpiteitä voisi tehdä muissakin toimintayksiköissä. Asiasta ei erikseen säädettäisi 45 §:ssä. Järjestämisvastuuta, potilasturvallisuutta ja laatua koskeva sääntely edellyttää, että hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän on varmistettava laatu ja potilasturvallisuus näissäkin toimenpiteissä. Näiden toimenpiteiden yhteydessä voidaan tarvittaessa käyttää myös lievää sedaatiota rentouttavilla lääkkeillä ja kivun lievitystä toimenpidettä suorittavan lääkärin tai hammaslääkärin valvonnassa.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin edellytyksistä, joiden täyttyessä niin sanottua raskasta leikkaustoimintaa saa hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta. Voimassa olevan 45 §:n 3 momentin säännöksen, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävän leikkaustoiminnan suorittamista sairaaloissa, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, on käytännössä tulkittu estävän hyvinvointialueita ostamasta tällaisia leikkauksia yksityisiltä palveluntuottajilta, koska niillä ei ole ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä (ks. jakso 2.2.7).

On myös tunnistettu, että hyvinvointialueiden omistamien Tekonivelsairaala Coxa Oy:n ja Tays Sydänkeskus Oy:n (Sydänsairaala) asemaa lainsäädännössä on perusteltua selkeyttää. Niissä toteutetaan 3 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa. Näitä sairaaloita käsitellään järjestämislaissa yksityisinä palveluntuottajina (ks. jakso 2.1.2. ja 2.2.7). Coxan omistavat Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Kanta-Hämeen, Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan hyvinvointialueet ja Sydänsairaalan Pirkanmaan, Kanta-Hämeen ja Keski-Suomen hyvinvointialueet eli sairaalat ovat omistussuhteiltaan kiinteässä yhteydessä hyvinvointialueisiin. Sydänsairaala ja Coxa sijaitsevat Tampereella käytännössä yliopistollisen sairaalan kampusalueella. Sydänsairaala lisäksi toimii Kanta-Hämeen keskussairaalassa Hämeenlinnassa ja Keski-Suomen Sairaala Novassa Jyväskylässä. Sydänsairaallalla on lisäksi toimintaa eräillä muilla paikkakunnilla, joissa ei kuitenkaan tehdä 3 momentin mukaista leikkaustoimintaa.

Momentissa ehdotetaan säädettävän, että 45 §:n 3 momentin mukaista niin sanottua raskasta kirurgiaa saa hyvinvointialue ja HUS-yhtymä hankkia vain sellaiselta yksityiseltä

palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen 50 §:n 3 tai 4 momentissa tarkoitettua yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys. Sääntely ei luonnollisesti rajaudu koskemaan vain edellä nimeltä mainittuja yrityksiä, vaan muukin yksityinen palveluntuottaja voi käynnistää momentin edellytykset täyttävän toiminnan.

Erottamattomalla toiminnallisella yhteydellä tarkoitetaan sitä, että yksityinen sairaala toimii esimerkiksi palveluketjujen, potilaiden ohjaamisen, lääketieteellisten tukipalveluiden taikka päivystysjärjestelyjen näkökulmasta kiinteänä toiminnallisena osana yliopistollista tai keskussairaala. Edellytys välittömästä läheisyydestä tarkoittaa käytännössä varsinaisen yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan kanssa samassa rakennuksessa, sairaalan yhteydessä tai vieressä taikka samalla kampusalueella toimimista. Koska momentissa keskussairaalla tarkoitettaisiin 50 §:n 3 tai 4 momentissa tarkoitettua keskussairaala, ei tässä momentissa siis tarkoitettaisi nykyisin keskussairaaloina kutsuttavia Länsi-Pohjan tai Savonlinnan sairaaloita riippumatta siitä, millä nimellä niitä kutsutaan.

Pääministeri Sipilän hallitus ehdotti 45 §:n 3 momentin sääntelyn muuttamista vuonna 2018 siten, että palveluntuottajalta olisi voitu ostaa tällaista leikkaustoimintaa, jos on sovittu mahdollisuudesta siirtää potilas nopeasti jatkohoitoon sairaalaan, jossa on ympärivuorokautinen valmius päivystysleikkausten tekemiseen, teho-osasto ja riittävän laajasti erikoisalojen ympärivuorokautista päivystystä. Tämä olisi tarkoittanut sitä, että potilas pystytään siirtämään ensihoitopalvelun yksiköllä jatkohoitoon 30 minuutissa (HE 312/2018 vp, s. 10). Esitys sittemmin raukesi eduskunnassa. Tässä esityksessä ei siis ehdoteta, että riittävää olisi tällainen 30 minuutin siirtoaika, vaan siis edellytetään vähintään samalla kampusalueella toimimista.

Sääntely myös tarkoittaa, ettei 45 §:n 3 momentin mukaista leikkaustoimintaa voisi jatkaa julkisena toimintana tai hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän hankkimana yksityisenä palveluntuotantona sellaisella paikkakunnalla olevassa sairaalassa, jossa ei tämän esityksen mukaan jatkossa enää voisi ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä, vaikka sairaala esimerkiksi muutettaisiin toimimaan hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan yhteisyrityksenä.

Pykälän 7 momentissa säädettäisiin hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän mahdollisuudesta hankkia edellä 4 ja 5 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä yksityiseltä palveluntuottajalta. Näitä leikkauksia ja toimenpiteitä saisi hankkia muultakin kuin 6 momentilta tarkoitettulta yksityiseltä palveluntuottajalta. Palveluita hankittaessa on noudatettava hyvinvointialuelain ja järjestämislain palveluiden hankintaa koskevaa sääntelyä, sote-valvontalain palveluntuottajaa ja omavalvontaa koskevaa sääntelyä, sekä muita palveluntuotannolle näissä tai muissa säädöksissä asetettuja vaatimuksia.

Momentissa säädettäisiin lisäksi mahdollisuudesta hankkia päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia. Primaarilla eli ensileikkauksella tarkoitetaan sellaisia leikkauksia, joiden tarkoituksena on ensimmäistä kertaa asettaa potilaalle tekonivel kyseisen oman nivelen tilalle. Hankintamahdollisuus tämän momentin nojalla ei siis koskisi uusintaleikkauksia, joissa jo olemassa olevan tekonivelen tilalle on tarkoitus asettaa uusi tekonivel tai muutoin merkittävästi korjata tekoniveltä. Hyvinvointialue ja HUS-yhtymä saisi hankkia vain sellaisia polven ja lonkan tekonivelleikkauksia, jotka potilaskohtaisesti soveltuvat ja suunnitellaan tehtäväksi päiväkirurgisena toimenpiteenä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän on tehtävä arvio siitä, soveltuuko tietylle potilaalle päiväkirurgiana toteutettava tekonivelleikkaus. Tarkemman hoitosuunnitelman ja muutoin leikkaukseen liittyvät hoitoratkaisut voi tehdä myös yksityinen palveluntuottaja. Järjestämislain 12 §:n 4 momentin mukaan hyvinvointialueen on vastattava palvelutarpeen ja hoidon tarpeen

arvioinnista hankkiessaan palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta. Hyvinvointialue voi arvioidaan asiakkaan hoidon tarpeen terveydenhuoltolain 52 §:n 1 momentissa tarkoitetulla tavalla ja otettuaan asiakkaan sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön sairaanhoitoa varten sekä laadittuaan alustavan hoitosuunnitelman kullekin lääketieteen tai hammaslääketieteen erikoisalalle antaa yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi kyseisellä erikoisalalla asiakkaan tarkemman hoidon tarpeen arvioinnin, hoitoratkaisujen tekemisen ja tarkemman hoitosuunnitelman laatimisen.

Tällä hetkellä valtaosa polven ja lonkan tekonivelleikkauksista leikkauksista tehdään siten, että potilas jää jatkohoitoon vuodeosastolle, eivätkä ne siten ole päiväkirurgiaksi luettavia toimenpiteitä. Kokemus päiväkirurgisten leikkausten potilasturvallisesta toteuttamisesta on lisääntymässä ja samoin tieto siitä, millaisille potilaista tekonivelkirurgia soveltuu päiväkirurgisena. On mahdollista, että päiväkirurgisten tekonivelleikkausten osuus tulevaisuudessa kasvaa.

Edellytyksenä päiväkirurgisten polven ja lonkan primaarien tekonivelleikkausten hankinnalle myös olisi, että erikoissairaanhoidon kuuden kuukauden hoitotakuu on hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella vaarassa jäädä toteutumatta. Tarkoituksena on, että näitä leikkauksia voisi hankkia vain silloin, kun potilaita odottaa hoitoa ja hoitotakuun ei toteudu tai sen toteutumatta jääminen uhkaa, ja leikkauksia hankkimalla pystytään purkamaan hoitojonoja ja varmistamaan potilaiden hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa. Edellä todettu ei kuitenkaan estäisi sitä, etteikö hyvinvointialue ja HUS-yhtymä voisi solmia pidempiaikaisenkin puitehankintasopimuksen yksityisen palveluntuottajan kanssa siitä, että hyvinvointialueen oman kapasiteetin ongelmatilanteissa hyvinvointialue tai HUS-yhtymä ostaa yksityisen palveluntuottajan palveluita.

Säännös jossain määrin poikkeaisi hyvinvointialuelain 9 §:n 1 momentin tuottamista koskevasta sääntelystä. Mainitun säännöksen mukaan, jollei lailla toisin säädetä, hyvinvointialue voi tuottaa järjestämisvastuulleen kuuluvat palvelut itse, yhteistoiminnassa muiden hyvinvointialueiden kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen muilta palvelujen tuottajilta. Palvelusetelin käytöstä säädetään erikseen. Nyt ehdotetussa säännöksessä asetettaisiin ostopalveluiden hankinnan tai palvelusetelin antamiselle siis lisäedellytyksenä se, että hoitotakuu uhkaa jäädä toteutumatta. Säännös on tavoitteiltaan samansuuntainen terveydenhuoltolain 54 §:n 1 momentin kanssa, jonka mukaan jos hyvinvointialue ei voi itse tuottaa tutkimuksia, hoitoa tai kuntoutusta säädetyissä enimmäisajoissa, sen on järjestettävä ne hyvinvointialuelain 9 §:n 1 momentissa tarkoitetulla tavalla tuottamalla ne yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta. Myös palvelusetelin antaminen on mahdollista. Terveydenhuoltolain 54 §:n 2 momentissa myös säädetään, että erikoissairaanhoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä on arvioitava, pystyykö hyvinvointialue tuottamaan tutkimukset, hoidon ja kuntoutuksen laissa säädetyissä tarkoitetuissa enimmäisajoissa.

Pykälän 8 momentissa säädettäisiin tarkempia edellytyksiä leikkausten ja muiden toimenpiteiden hankinnalle. Hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän tulee varmistaa yhdessä palveluntuottajan kanssa toiminnan osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden sekä käytännöt potilaan siirtämiseksi yliopistolliseen sairaalaan tai keskussairaalaan, jos leikkaus tai muu toimenpide vaatiikin jatkohoitoa sairaalassa. Itse leikkaus on vain osa hoitoprosessia. Hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän on yhdessä palveluntuottajan kanssa suunniteltava ja sovittava koko hoitoprosessin toteuttaminen, potilaan jälkiseuranta ja mahdollinen kuntoutus samoin kuin toimenpiteet, mikäli tilanne komplisoituu. Sääntelyehdotus olisi täydentävää sääntelyä suhteessa hyvinvointialuelain ja järjestämislain tuottamista koskevaan sääntelyyn. Hyvinvointialuelain 10 §:n mukaan hyvinvointialueen tulee varmistaa, että sen

järjestämisvastuulle kuuluvia palveluja tuottavalla muulla palveluntuottajalla on riittävät ammatilliset, toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset huolehtia palveluiden tuottamisesta. Lisäksi esimerkiksi järjestämislain 18 §:ssä säädetään, että yksityisen palveluntuottajan ja tämän alihankkijan tuottaessa palveluita hyvinvointialueelle noudatettava julkisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevia lakisääteisiä sisältö- ja laatuvaatimuksia sekä noudatettava hyvinvointialueen määrittelemiä palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja ja toimittava integraation toteutumisen edellyttämässä yhteistyössä hyvinvointialueen ja muiden palveluntuottajien kanssa.

Momentin mukaan hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän olisi sovittava yhteistyösopimuksessa periaatteista, joiden mukaisesti hyvinvointialue tai HUS-yhtymä voisi hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta leikkaustoimintaa. Tällä säännöksellä pyritään varmistamaan, että yhteistyöalueen leikkaustoimintaan käytettävissä oleva julkinen ja yksityinen kapasiteetti tulevat hyödynnettyä tarkoituksenmukaisesti. Velvoite sopia yhteistyösopimuksessa ei koskisi 5 momentissa tarkoitettuja anestesiologista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativia kevyitä toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa muussakin toimitilassa kuin leikkaussalissa ja jotka edellyttävät vain lyhytaikaista potilaan jälkiseurantaa. Tällaista velvoitetta ei katsota olevan tarpeen asettaa, koska nämä toimenpiteet eivät edellytä erityisiä tiloja tai laitteita tai sellaista erityisosaavaa tai varalla olevaa henkilöstöä, minkä perusteella olisi tarpeen varmistaa julkisen terveydenhuollon kapasiteetin käyttöasteen tehokas ja kustannusvaikuttava hyödyntäminen alueiden välillä.

Koska 4 ja 5 momentissa tarkoitetuissa leikkauksissa ja toimenpiteissä ei edellytetä monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitoa, kun hyvinvointialue tuottaa palvelun itse, ei myöskään yksityisen palveluntuottajan lakisääteisesti edellytettäisi ylläpitävän tällaista päivystystä 4 ja 5 momentin mukaisia palveluja hyvinvointialueelle tuottaessaan. Tällaista päivystystä ei edellytetä myöskään päiväkirurgisten polven ja lonkan primaarien tekonivelleikkausten osalta.

Esityksen yksityisen palveluiden hankinnan mahdollisuutta koskevat säännökset koskisivat myös mahdollisuutta antaa palveluseteli.

Pykälän 9 momentiksi siirtyisi voimassa oleva pykälän 4 momentti. Momentin viimeinen virke, jossa on informatiivinen viittaus järjestämislain 36 §:ään, ehdotetaan kumottavaksi tarpeettomana. Momenttiin ei ehdoteta muita muutoksia.

Pykälän 10 momentiksi siirtyisi voimassa oleva pykälän 5 momentti, jossa säädetään asetuksenantovaltuudesta. Asetuksenantovaltuuteen ehdotetaan eräitä muutoksia. Voimassa olevan säännöksen mukaan valtioneuvoston asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta. Tätä valtuutta ehdotetaan täsmennettävän siten, että asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta ”hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän ja niiden sairaaloiden työnjaosta, ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta”. Voimassa olevassa erikoissairaanhoidon keskittämisasiasetuksessa säädetään työnjaosta osin hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän kesken, osin esimerkiksi yliopistosairaaloihin viitaten. Valtuutta ehdotetaan täsmennettäväksi myös siten, että asetuksella voidaan säätää myös tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täyttyä työnjakoa ja keskittämistä toteutettaessa; voimassa olevassa säännöksessä ei mainita ”työnjakoa”. Muutosehdotuksen on tarkoitus selkeyttää sitä, että asetuksella voidaan säätää laajemminkin hyvinvointialueiden ja sairaaloiden työnjaosta kuin vain keskittämisen kautta.

Momentin asetuksenantovaltuuteen ehdotetaan lisäksi lisättävän valtuutus, jonka mukaan valtioneuvoston asetuksella säädetään pykälän 4, 5 ja 7 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä. Koska yksittäisen leikkauksen tai toimenpiteen kohdalla voi olla tulkinnanvaraista, onko kyse näissä momenteissa tarkoitettuista leikkauksesta tai toimenpiteestä, säädettäisiin niistä asetuksella. Leikkauksista ja toimenpiteistä asetuksella säätäminen myös mahdollistaa sen, ettei leikkaustoiminta lähde laajenemaan lain tarkoituksen vastaisesti sellaisiin leikkauksiin ja toimenpiteisiin tai sairaaloihin, joita laissa ei tarkoitettu. Valtioneuvoston asetuksella lisäksi voitaisiin säätää 3 ja 6 momentissa tarkoitetuista leikkauksista. Tämä voi olla tarpeen ainakin erotellessa 3 (ja 6) momentissa ja 4 (ja 7) momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä. Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin luettelo 4 ja 5 (ja 7) momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä. Sen sijaan 3 (ja 6) momentin mukaisista leikkauksista säätäminen tyhjentävästi on puolestaan vaikeaa, koska tähän kategoriaan kuuluu muu määrältään hyvin laaja leikkaustoiminta, ja lääketiede myös kehittyy jatkuvasti. Asetuksenantovaltuus kuitenkin mahdollistaisi tarvittaessa myös 3 (ja 6) momentin mukaisista leikkauksista säätämisen.

50 §. Kiireellinen hoito. Pykälän 1 momentissa säädetään siitä, että kiireellinen hoito on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Pykälässä myös säädetään, mitä kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan. Sääntelyä ei ehdoteta tältä osin muutettavaksi lukuun ottamatta yhtä teknisuonteista sanamuototarkennusta. Momentissa ehdotetaan kuitenkin selkeytettävän voimassa olevaa, nyt 2 momentissa olevaa, sääntelyä hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän velvoitteesta järjestää kiireellinen hoidon tarpeen arviointi ja kiireellinen hoito.

Voimassa olevan 2 momentin ensimmäisen virkkeen mukaan kiireellisen hoidon antamista varten hyvinvointialueen on järjestettävä vastaanottotoiminta siten, että potilas saa arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon kiireellisissä tapauksissa lähellä asuinpaikkaansa, ellei potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellytä arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Lisäksi 2 momentissa säädetään velvoitteesta järjestää terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanottotoiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää. Pykälän 3–5 momentissa säädetään monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämisestä.

Voimassa oleva 2 momentin ensimmäisen virkkeen sääntely voi antaa kuvan, että hyvinvointialueen velvoite on järjestää varsinkin kiireellisen hoidon arviointia vain arkipäivisin ilmoitettuna aikana. Kuitenkin 50 §:n sääntelykokonaisuuden tarkoitus on säätää siitä, että hyvinvointialueen on järjestettävä toiminta siten, että potilas voi saada kiireellisen hoidon arvion ja kiireellisen hoidon ympärivuorokautisesti. Pykälän 2 momentin ensimmäisen virkkeen sääntely on ajalta, jolloin osa kiireellisestä hoidosta oli säädetty kuntien, ja osa sairaanhoitopiirien tehtäväksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä terveydenhuoltolakiin tehtiin vain välttämättömät muutokset, eikä säännökseen tehty termien muuttamista suurempia muutoksia (kunta ja kuntayhtymä muutettiin hyvinvointialueeksi; laki terveydenhuoltolain muuttamisesta 581/2022, HE 56/2021 vp). Kun hyvinvointialueet nykyään järjestävät sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon sekä niiden osana kiireellisen hoidon ja Uudellamaalla järjestämisvastuu jakautuu hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän kesken, on sääntelyä perusteltua selkeyttää. Pykälän 1 momenttiin ehdotetaan säännös, jonka mukaan hyvinvointialueen sekä Uudellamaalla hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän on järjestettävä toiminta siten, että kiireellisissä tilanteissa potilas saa kaikkina vuorokaudenaikoina välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon. Tällainen arviointi voidaan järjestää eri tavoin, eli kyseessä voi olla hyvinvointialueesta ja vuorokauden ajasta riippuen hyvinvointialueen palvelunumero, valtakunnallinen

palvelunumero (116 117) tai mahdollisuus hakeutua hoitoon hoidon tarpeen arviota ja hoidon saamista varten päivystävään yksikköön tai kiirevastaanotolle, jokin muu palvelu, tai yhdistelmä näitä. Pykälän 2 momentin ensimmäisen virkkeen sääntely ehdotetaan kumottavaksi.

Pykälän 1 momentissa täsmennettäisiin järjestäjien vastuita Uudellamaalla. Terveystenhuoltolaissa on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan uudistuksen myötä omaksuttu ratkaisu, jossa sääntelyssä pääosin viitataan vain hyvinvointialueisiin, ja järjestämislaissa ja Uusimaa-laissa olevien säännösten takia hyvinvointialueita koskevat säännökset koskevat myös Helsingin kaupunkia ja HUS-yhtymää, ellei sitten erityisesti Uusimaa-lain sääntelystä muuta johdu. Eräissä terveydenhuoltolain säännöksissä kuitenkin erikseen viitataan Helsingin kaupunkiin ja HUS-yhtymään, kun on haluttu selkeyttää, mihin järjestäjään sääntely Uudellamaalla soveltuu. Koska Uudenmaan hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki vastaavat perusterveydenhuollon kiireellisestä vastaanottotoiminnasta, kohdistuu velvoite kiireellisen hoidon arviointiin ja perusterveydenhuollon kiireellisen hoidon antamiseen muuten kuin yöaikaan myös niihin. Säännöksessä mainittaisiin siis hyvinvointialueiden lisäksi Helsingin kaupunki sekä HUS-yhtymä, joka vastaa Uudellamaalla erikoissairaanhoidon kiireellisestä hoidosta sekä yöaikaisesta perusterveydenhuollon kiireellisestä hoidosta.

Pykälän 2 momentissa säädetään hyvinvointialueen veloitteesta järjestää terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päivääkainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanottotoiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Momentissa täsmennettäisiin voimassa olevaa sääntelyä siten, että momentissa tarkoitettua kiireellistä vastaanottotoimintaa olisi järjestettävä terveydenhuollon toimintayksikössä paitsi silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää, myös silloin, kun väestön palvelutarve sitä edellyttää. Tällä tarkoitetaan kiirevastaanoton järjestämistä aikavälillä kello 07–22. Sääntely ei edellyttäisi vastaanottotoiminnan järjestämistä koko tänä aikana, vaan saavutettavuuden ja palvelutarpeen perusteella ajat voivat olla tätä lyhyemmät.

Aikavälillä 22–07 vastaanottotoiminnan ja päivystyksen järjestäminen on osa ympärivuorokautista päivystystä, josta säädetään 3–6 momentissa.

Monierikoisalaisissa ympärivuorokautisissa sairaaloiden päivystyksissä ja perusterveydenhuollon yöaikaisessa päivystyksessä tulisi hoitaa vain päivystyksellistä hoitoa vaativia potilaita. Tiedossa kuitenkin on, että näihin päivystyksiin saapuu potilaita, koska he eivät saa tai koe saavansa riittävästi kiireetöntä tai kiireellistä palvelua virka-ajan puitteissa tai alueella ei ole järjestetty väestön tarpeisiin nähden riittävästi ilta-aikaista tai viikonlopun päivääkasta perusterveydenhuollon kiireellistä vastaanottotoimintaa tai muita sosiaali- ja terveyspalveluita. Osa potilaista voi myös saapua päivystysyksikköön, koska ilta-aikainen hoito sopii heidän aikatauluunsa paremmin, tai sairaalapäivystys voidaan kokea palveluiltaan kattavammaksi. Pykälän 2 momentin säännösmuutosehdotuksella halutaan korostaa sitä, että mahdolliset virka-aikaisten palveluiden saatavuusongelmat ja muiden käytettävissä olevien palveluiden puute on otettava huomioon, kun arvioidaan kiireellisen vastaanottotoiminnan järjestämisen tarpeellisuutta. Riittävillä ilta-aikaisilla ja viikonlopun päivääkaisilla palveluilla voidaan vähentää varsinaisten päivystysyksiköiden ruuhkautumista.

Keskeinen merkitys potilaiden ohjautumisella oikeaan yksikköön ja lääketieteellisesti tarpeellisessa ajassa on sillä, että toiminnassa noudatettaisiin sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2020 julkaisemia aikuisten ja lasten kiireellisen hoidon perusteita. Valtaosa esimerkiksi yleislääketieteen, geriatrian ja päihdelääketieteen palvelutarpeeseen vastaamisesta tulisi

toteuttaa muutoin kuin yöllä päivystyksissä ja käytettävissä olevan osajaresurssin hyödyntäminen näihin korvaaviin palveluihin olisi tarkoituksenmukaista.

Pykälän 2 momenttiin ehdotetaan lisäksi säännös, jonka mukaan kiireellinen vastaanottotoiminta on järjestettävä siten, että se muodostaa muiden palveluiden kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Tällä tarkoitetaan velvollisuutta sovittaa kiireellinen vastaanottotoiminta yhteen alueella toimivien ympärivuorokautisten päivystysten, sosiaalipalveluiden, mukaan lukien sosiaalipäivystyksen, kotiin vietävien ja liikkuvien palveluiden, digi- ja etäpalveluiden, ensihoitopalvelun sekä tarvittaessa muiden palveluiden kanssa. Toiminnallinen kokonaisuus edellyttää esimerkiksi ihmisten ohjausta ja neuvontaa, jotta he pystyvät hakeutumaan mahdollisimman oikean palvelun piiriin oikea-aikaisesti ja oikealla palveluiden tasolla, sekä sitä, että eri palveluissa pystytään ottamaan huomioon myös muut palvelut esimerkiksi potilaiden palvelukokonaisuuden suunnittelemiseksi.

Myös 2 momentissa täsmennettäisiin sääntelyn kohdentumista Uudellamaalla. Momentissa säädetty velvoite ylläpitää terveydenhuollon iltta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanottotoiminta, kun väestön palvelutarve ja palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää, on Uudenmaan hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla, sillä Uusimaa-lain 5 §:n mukaan HUS-yhtymä vastaa terveydenhuoltolain 50 §:ssä tarkoitettua kiireellisestä hoidosta lukuun ottamatta perusterveydenhuollon kiireellistä vastaanottotoimintaa. Kokonaisuus tulisi järjestää HUS-yhtymän kanssa koordinoiden. Uusimaa-lain 9 §:ssä säädetään Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin sekä HUS-yhtymän keskinäisestä sopimuksesta eli HUS-järjestämissopimuksesta, jossa sovitaan keskinäisestä työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi. Sopimuksessa tulee muun ohella sopia yhteisistä toimenpiteistä osapuolten palveluiden yhteensovittamiseksi kokonaisuuksiksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien yhteisestä määrittelemisestä.

Pykälän 3 momentissa säädetään HUS-yhtymän ja kahdentoista hyvinvointialueen velvoitteesta ylläpitää keskussairaalaansa yhteydessä laajaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa pystytään tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Pykälän 4 momentissa säädetään muille viidelle hyvinvointialueelle velvoite ylläpitää keskussairaalaansa yhteydessä ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon.

Sääntelyn perusteisiin 3 ja 4 momentissa ei ehdoteta muutoksia siltä osin kuin on kyse HUS-yhtymän ja hyvinvointialueiden velvoitteesta järjestää joko 3 tai 4 momentissa tarkoitettu päivystys. Mikään hyvinvointialue ei siis siirtyisi 3 momentin päivystyksen sääntelyn piiristä 4 momentin piiriin tai toisinpäin. Hallituksen esityksessä, jossa nykyinen jako 3 ja 4 momentissa tarkoitettuihin päivystyksiin luotiin, on laajasti käsitelty perusteita sääntelylle (HE 224/2016 vp). Tämän esityksen tarkoituksena ei ole muuttaa nykyisiä hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle säädettyjen ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitämisen velvoitteiden perusteita. Päivystysasetuksessa voidaan jatkossakin säätää tarkemmin päivystysyksiköiden tehtävistä ja laatuvaatimuksista pykälän 9 momentissa olevan asetuksenantovaltuutuksen nojalla.

Pykälän 3 ja 4 momentteihin ehdotetaan kuitenkin myös muutoksia. Sääntelyssä ensinnäkin ehdotetaan luovuttavan käsitteestä ”perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys”. Pykälän 3 ja 4 momenteissa ehdotetaan jatkossa käytettäväksi termiä monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys. Yhteispäivystys-termi on peräisin ajalta,

jolloin perusterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista vastasivat kunnat ja erikoissairaanhoidosta sairaanhoitopiirit. Yhteispäivystyksellä on tarkoitettu päivystysvastaanottoa, jossa hoidetaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon eri alojen päivystyspotilaita. Säättämällä yhteispäivystyksestä on haluttu varmistaa, että sairaaloissa oli ympärivuorokautisesti saatavilla erikoissairaanhoidon lisäksi osaamista alueen perusterveydenhuollosta, muista palveluista ja palveluketjujen kokonaisuuksista muun muassa iäkkäiden sekä päihde- ja mielenterveyspotilaiden tarpeisiin. Viime vuosina yhteispäivystykset ovat ruuhkautuneet, kun niitä on käytetty kompensoimaan virka-aikaisen perusterveydenhuollon saatavuuden ongelmia. Näitä ongelmia ja ongelman ratkaisumalleja on kuvattu tarkemmin jaksossa 2.2.5. Edellä 2 momentissa ehdotetaankin täsmennettäväksi hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin velvoitetta ylläpitää ilta-aikaista ja viikonlopun päiväaikaista kiirevastaanottotoimintaa.

Momentin sääntely siitä, millainen päivystys 3 momentissa nimetyissä HUS-yhtymän ja kahdentoista hyvinvointialueen keskussairaalassa tulisi olla, ei kuitenkaan muuttuisi. Tällainen päivystys edelleen olisi HUS-yhtymässä ja niissä neljässä hyvinvointialueessa, joissa sijaitsee yliopistollinen sairaala. Lisäksi 3 momentissa tarkoitettu päivystys olisi edelleen kahdeksalla muulla nimetyllä hyvinvointialueella keskussairaalassa. Momentissa jatkossa selvyiden vuoksi jaoteltaisiin hyvinvointialueet niihin, joissa on yliopistollinen sairaala ja niihin, joissa päivystys toimii keskussairaalan yhteydessä. Terveystieteidenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa tällä jaottelulla ei ole suoraa vaikutusta päivystyksen laajuuteen koskevaan sääntelyyn, mutta sairaaloiden profiileissa on eroja järjestämislain yliopistollisia sairaaloita koskevan sääntelyn (34 a §), terveystieteidenhuoltolain 45 §:n, erikoissairaanhoidon keskittämisasetuksen ja päivystysasetuksen sääntelyn sekä yhteistyösopimuksessa sovitun työnjaon kautta.

Momentissa säädettäisiin, että velvollisuus järjestää ympärivuorokautinen päivystys, jossa pystytään tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen on yliopistollisessa sairaalassaan HUS-yhtymällä Helsingissä, Pirkanmaan hyvinvointialueella Tampereella, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella Oulussa, Pohjois-Savon hyvinvointialueella Kuopiossa ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueella Turussa sekä keskussairaalassaan Etelä-Karjalan hyvinvointialueella Lappeenrannassa, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella Seinäjoella, Keski-Suomen hyvinvointialueella Jyväskylässä, Lapin hyvinvointialueella Rovaniemellä, Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella Joensuussa, Pohjanmaan hyvinvointialueella Vaasassa, Päijät-Hämeen hyvinvointialueella Lahdessa ja Satakunnan hyvinvointialueella Porissa.

Pykälän 4 momentissa ei tällä hetkellä mainita niitä hyvinvointialueita, joissa tulee ylläpitää ympärivuorokautista päivystystä, joissa tarvittavien erikoisalojen riittävä osaaminen ja valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitamiseksi, vaan säädetään ”muista kuin 3 momentissa tarkoitettujen hyvinvointialueista”. Momentissa jatkossa säädettäisiin hyvinvointialueet ja paikkakunnat nimeten, että tällaista päivystystä tulee ylläpitää keskussairaalassaan Etelä-Savon hyvinvointialueen Mikkeliissä, Kainuun hyvinvointialueen Kajaanissa, Kanta-Hämeen hyvinvointialueen Hämeenlinnassa, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen Kokkolassa ja Kymenlaakson hyvinvointialueen Kotkassa. Momentissa lisäksi olisi voimassa olevaa sääntelyä asiallisesti vastaava säännös, jonka mukaan yhteistyösopimuksessa voidaan sopia myös väestön palvelutarpeen, palvelujen saavutettavuuden ja väestön kielellisten oikeuksien toteutumisen kannalta tarpeellisten muiden erikoisalojen päivystyksestä näissä sairaaloissa. Säännöksen sanamuotoa kuitenkin ehdotetaan selkeyttävän.

Pykälän 3 momentissa ehdotetaan luovuttavan käsitteestä ”laaja” ympärivuorokautinen (yhteis)päivystys. Termi pohjautuu voimassa olevassa sääntelyssä kokonaisuuteen, jossa pyrittiin toteuttamaan kansallinen potilasturvallisuuden, saavutettavuuden ja kustannustehokkuuden näkökulmista optimaalinen päivystävien sairaaloiden kokonaisuus (HE 224/2016 vp). Termiä ”laajan palvelun sairaala” on myös kritisoitu, koska se voi tarpeettomasti korostaa eri keskussairaaloiden välisiä eroja ja saattaa jäykistää tarpeettomasti tarkoituksenmukaista sopimista sairaaloiden välillä. Myös 4 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa voi yhteistyösopimuksessa sovitulla tavalla olla laissa säädettyä tasoa laajemmin eri erikoisalojen päivystystä. Esityksessä ei ehdoteta kuitenkaan luovuttavan 3 ja 4 momentin mukaisesta päivystävien sairaaloiden jaottelusta. Pykälän 3 momentin mukaisissa sairaaloissa on lakisääteisesti turvattu kaikkein vaativimman ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpito valtakunnallisesti.

Pykälän 3 ja 4 momentissa mainittaisiin HUS-yhtymän ja hyvinvointialueiden lisäksi jatkossa myös nimeltä paikkakunnat, jossa HUS-yhtymän ja hyvinvointialueen tulee ylläpitää momenteissa tarkoitettua ympärivuorokautista päivystystä. Tällä hetkellä Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueella on kummassakin kaksi sairaalaa, joissa on mahdollista ylläpitää ympärivuorokautista yhteispäivystystä voimaanpanolain 59 §:n säännöksen nojalla (ks. jakso 2.1.2 ja 2.3.2.3), Lapissa käytännössä Rovaniemellä ja Kemissä sekä Etelä-Savossa käytännössä Mikkelissä ja Savonlinnassa. Lainsäädännön tarkoituksena on, että jatkossa näilläkin hyvinvointialueilla voisi olla vain yksi sairaala, Lapin hyvinvointialueella Rovaniemellä ja Etelä-Savossa Mikkelissä, jossa ylläpidetään monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Voimaanpanolain 59 § ehdotetaan kumottavaksi myös tässä esityksessä. Perusteita siksi, miksi päivystyksen ylläpito jatkuisi Rovaniemellä ja Mikkelissä, on käsitelty jaksossa 2.3.2.3. Kemissä ja Savonlinnassa olisi kuitenkin mahdollista jatkossa ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon tai rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä 6 momentin säännöksen perusteella.

Koska säännöksessä säädetään paikkakunnista, joissa päivystystä on velvollisuus järjestää, ja koska jäljempänä 7 momentissa säädettäisiin, että ympärivuorokautista väestölle avointa terveydenhuollon päivystystä saa järjestää ainoastaan pykälässä erikseen mainituilla paikkakunnilla sijaitsevilla toimintayksiköissä, ei sääntelyä monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen keskittämisestä tiettyihin sairaaloihin voisi kiertää esimerkiksi siten, että jokin hyvinvointialue hallinnollisesti tulkitsee tai nimeää jonkin sairaalansa olevan yliopistollisen sairaalansa tai keskussairaalansa osa, joka osin toimii myös toisella paikkakunnalla ja ylläpitää siellä monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä.

Pykälän voimassa olevassa 3 momentissa on säännös, jonka mukaan hyvinvointialueet, joissa on yliopistollinen sairaala, sekä HUS-yhtymä voivat väestön palvelutarpeen niin edellyttäessä perustaa useamman kuin yhden ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystyksikön sairaaloidensa yhteyteen. Säännös ehdotetaan kumottavaksi, ja sen sijaan 5 momentissa säädettäisiin vain HUS-yhtymän mahdollisuudesta järjestää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä myös muualla kuin Helsingissä. Säännöksen kumoamisen myötä Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueet eivät voisi enää ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä muualla kuin Tampereella, Oulussa, Kuopiossa ja Turussa yliopistollisessa sairaalassaan. Käytännön vaikutuksena tällaista päivystystä ei voisi jatkossa ylläpitää Oulaisissa tai Salossa. Myöskään Pirkanmaan hyvinvointialue ei voisi käynnistää uudelleen 1.6.2024 lähtien lakkautettua Valkeakosken ympärivuorokautista päivystystä. Perusteluja ehdotuksella on käsitelty jaksoissa 2.2.5, 2.3.2.3 ja 2.3.3.

Pykälä 5 momentin mukaan HUS-yhtymä voisi siis päätöksensä perusteella järjestää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä sairaaloissaan myös muilla HUS-yhtymän alueella sijaitsevilla paikkakunnilla kuin sen on velvoite järjestää 3 momentin nojalla Helsingissä. HUS-yhtymän alueen väestöpohja on lähes 1,7 miljoonaa. Tämän suuren väestöpohjan ympärivuorokautisen päivystyksen keskittäminen yksinomaan Helsinkiin ei ole toiminnallisesti järkevää. Lisäksi varautumisen näkökulmasta on perusteltua, että ympärivuorokautisen päivystyksen toteuttamiseksi tarvittavaa osaamista, tiloja ja laitteita on Uudenmaan alueella hallitusti hajautettuna. Momentin perusteella HUS-yhtymälle jäisi mahdollisuus päättää kulloisenkin sairaalansa tarkemmasta roolista ja niiden työnjaosta toimintaympäristön muuttuessa, kunhan muutoin lainsäädännössä sairaalan toiminnalle säädetyt edellytykset toteutuvat.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai rajatun erikoissairaanhoidon päivystyksen järjestämisestä. Perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpito edellyttää voimassa olevan 50 §:n 5 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriön poikkeuslupaa. Ministeriö voi myöntää luvan, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla. Terveysministeriön sääntelyssä ehdotetaan luovuttavan sosiaali- ja terveysministeriön mahdollisuudesta myöntää lupa tällaisen päivystyksen ylläpitämiseen, ja sen sijaan tässä 6 momentissa säädettäisiin ne hyvinvointialueet ja niiden paikkakunnat, joissa olisi mahdollisuus ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä hyvinvointialueen niin päättäessä ja yhteistyösopimuksessa niin sovittaessa. Momentissa oleva sääntely mahdollisuudesta ylläpitää ympärivuorokautista akuuttilääketieteen päivystystä kumottaisiin jaksossa 2.2.5. taustoitetuista syistä.

Momentissa tarkoitettua päivystystä saisi ylläpitää Lapin hyvinvointialue Ivalossa ja Kemissä, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Kuusamossa, Kymenlaakson hyvinvointialue Kouvolassa ja Etelä-Savon hyvinvointialue Savonlinnassa, jos palveluiden saavutettavuus sitä edellyttää eikä väestön tarvitsemia kiireellisen hoidon palveluita voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun ja muiden päivystysyksiköiden avulla.

Kemissä ja Savonlinnassa saisi ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä tai vaihtoehtoisesti sellaista rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä, joka tukee sairaalan ja sen erikoissairaanhoidon vuodeosastojen toimintaa ja alueen hoitoketjuja, mutta ei kuitenkaan ole monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys. Taustaa on kuvattu tarkemmin kohdassa 2.3.3. Näissä kahdessa sairaalassa voisi hyvinvointialueen päätöksen perusteella ylläpitää joko perusterveydenhuollon ympärivuorokautista, ja siten yleislääkäritasoista, väestölle avointa lääkäripäivystystä tai vaihtoehtoisesti soveltuvan, käytännössä konservatiivispainotteisen, erikoisalun (esimerkiksi akuuttilääketiede, sisätaudit) erikoissairaanhoidon tasoisella osaamisella ja päivystysjärjestelmän tuntemuksella varustettua lääkäripäivystystä. Oleellista on, että päivystävä lääkäri pystyy arvioimaan päivystykseen ohjautuvan ja ohjattavan väestön palvelutarpeen, sen milloin potilas on ohjattava tutkimuksiin ja hoitoon monialaisen ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalaan ja pystyy tekemään tutkimus- ja hoitosuunnitelman potilaan hoitamiseksi kotona tai kyseisen sairaalan vuodeosastolla. Säännös ei mahdollistaisi sitä, että ympärivuorokautisesti näissä sairaaloissa toimisi ja resursoitaisiin sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon väestölle avoin päivystys, vaan hyvinvointialue tekisi valinnan näiden välillä väestön palvelutarpeen mukaisesti. Sairaalassa ei myöskään voisi ylläpitää ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta. Aiemmin joissakin päivystysyksiköissä on esimerkiksi toimittu siten, että sairaalan erikoissairaanhoidon päivystyksen etupäivystäjä ottaisi yöaikaan vastaan myös perusterveydenhuollon potilaat. Käytännössä tarkoitus siis on, että Kemissä ja Savonlinnassakin

päivystäisi lähtökohtaisesti yöaikaan väestölle avoimessa päivystyksessä yksi lääkäri ja tarvittava hoitohenkilökunta ja tukipalvelut.

Momentissa lisäksi säädettäisiin, että Pohjanmaan hyvinvointialue saisi ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä Pietarsaaressa ja HUS-yhtymä Raaseporissa, jos ylläpito tukee kielellisten oikeuksien toteutumista. Perusteluja ehdotukselle käsitellään jaksossa 2.3.3.

Raaseporin sairaala on HUS-yhtymän sairaala, joka sijaitsee maantieteellisesti Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen alueella. HUS-yhtymän tarkoitus on, että mukaan toiminnan päävastuu Raaseporin sairaalan kampuksella siirtyisi vuoden 2024 aikana vaihteittain ja toimintokohtaisesti HUS-yhtymältä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelle. Raaseporissa on alueellisten päätösten perusteella lakannut ympärivuorokautinen päivystys 2.9.2024 lähtien ja sen sijaan sairaalassa järjestetään ilta-aikana kiirevastaanottoa. Uusimaa-lain 5 §:n nojalla HUS-yhtymä vastaa terveydenhuoltolain 50 §:ssä tarkoitetusta kiireellisestä hoidosta perusterveydenhuollon kiireellistä vastaanottotoimintaa lukuun ottamatta. Täten HUS-yhtymä on se, joka päättää siitä, ylläpidetäänkö Raaseporin sairaalassa yöaikaista päivystystä, ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue päättää ilta- ja viikonlopun päiväaikaisen kiirevastaanottotoiminnan järjestämisestä. HUS-yhtymä voisi ehdotetun sääntelyn ja päätöksensä perusteella järjestää jatkossa ympärivuorokautista päivystystä Raaseporin sairaalassa, jos ylläpito tukee kielellisten oikeuksien toteutumista.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin paikkakuntaakohtaisesti niistä yksiköistä, joissa ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystystä tai rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä saa järjestää. Sääntelyn käytännön seurauksena perusterveydenhuollon yöaikaista päivystystä ei voisi jatkaa Raahessa, Iisalmessa, Varkaudessa eikä Jämsässä, joissa nykyisin ylläpidetään tällaista päivystystä sosiaali- ja terveysministeriön myöntämän poikkeusluvan perusteella.

Pykälän 7 momentin mukaan ympärivuorokautista väestölle avointa terveydenhuollon päivystystä saa järjestää ainoastaan edellä 3–6 momentissa tarkoitetuilla paikkakunnilla sijaitsevilla sairaaloissa tai terveydenhuollon toimintayksiköissä. Väestölle avoimella ympärivuorokautisella päivystyksellä tarkoitetaan päivystysyksikköä, jonne väestö voi ympärivuorokautisesti oma-aloitteisesti hakeutua tai jonne sitä ohjataan hakeutumaan hoidon tarpeen arvioon ja hoitoon erilaisissa terveysongelmissaan. Tällaisessa päivystyksessä on varattu yksikköön hakeutuvan väestön hoidon tarpeen arviota varten ja hoitosuunnitelman tekoa varten ympärivuorokautisesti riittävä henkilökunta sekä tarvittavat diagnostiikkapalvelut, tilat ja laitteet. Säännöksen tarkoitus on selkeyttää jo voimassa olevan lainsäädännön tarkoitusta siitä, että ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämisestä säädetään poissulkevasti 50 §:ssä, eikä hyvinvointialueiden omilla päätöksillä voi ylläpitää ympärivuorokautista päivystystä muilla paikkakunnilla tai sairaaloissa taikka laajentaa ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämisen muotoa laissa säädetystä.

Pykälän 3–6 momenttien sääntelyllä pyritään turvaamaan kansallinen päivystysten palveluverkko, joka pystyy vastaamaan väestön kiireellisen hoidon tarpeisiin. Sillä, että muille ei anneta mahdollisuutta ylläpitää ympärivuorokautista päivystä, varmistetaan erityisesti henkilöstön riittävyyttä kansallisesti. Sääntely ei estä sitä, että hyvinvointialue, Helsingin kaupunki tai HUS-yhtymä voisi edelleen järjestää muussakin yksikössä ja paikkakunnilla väestön tarpeen mukaisia väestölle avoimia kiireellisen hoidon perusterveydenhuollon tai erikoisalojen palveluja aikavälillä 07–22.

Pykälän 7 momentissa myös säädettäisiin, että synnytystoimintaa saa järjestää ainoastaan 3–5 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa. Tämän sääntelyn käytännön seurauksena olisi, että synnytyksiä ei voisi suunnitellusti hoitaa Kemissä Länsi-Pohjan sairaalassa, jossa jatkossa ei saisi olla 3–5 momentissa tarkoitettua monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä, joka on synnytysten hoidon edellytys. Synnytyksiä 3–5 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa hoidettaessa edellytyksenä edelleen olisi, että synnytyksien hoitamista koskevat muut säädetyt edellytykset täytyvät. Tällä viitataan erityisesti päivystysasetuksen 18 §:n sääntelyyn. Pykälän mukaan synnytyksiä on oltava sairaalassa vähintään noin tuhat, ellei sosiaali- ja terveysministeriö myönnä synnytyksien järjestämistä koskevaa poikkeuslupaa. Lisäksi mainitussa 18 §:ssä säädetään synnytyksiä hoitavan sairaalan toimintaan ja henkilöstöön liittyviä edellytyksiä. Vaikka synnytysten suunnitelmallinen hoito olisi sallittua vain tietyissä sairaaloissa, ei kielto luonnollisesti koskisi esimerkiksi ensihoitopalveluissa tai terveydenhuollon toimintayksiköissä yllättäen tapahtuvien synnytysten hoitoa.

Pykälän 7 momentissa selvyiden vuoksi selkeytettäisiin väestölle avoimen päivystyksen ja toisaalta tiettyjen sairaaloiden ja terveydenhuollon toimintayksiköiden vuodeosastoilla jo olevien potilaiden potilasturvallisen toiminnan kannalta tarpeellisen ympärivuorokautisen päivystyksen eroa.

Pykälän 3–6 momentissa päivystyksellä tarkoitetaan sekä väestölle avointa, että kyseisten sairaaloiden sisäistä päivystystä, jotka yhdessä mahdollistavat päivystyksellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden palvelukokonaisuuden toteuttamisen. Pykälän 7 momentissa selkeytettäisiin, että muissakin eli kaikissa sairaaloissa ja terveydenhuollon toimintayksiköissä saa ylläpitää kyseisen sairaalan tai terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastoilla jo olevien potilaiden potilasturvallisen toiminnan kannalta tarpeellista ympärivuorokautista päivystystä. Hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungilla ja HUS-yhtymällä on myös muita sairaaloita ja terveydenhuollon toimintayksiköitä kuin sellaisia, joista säädetään 3–6 momentissa. Näitä ovat muun muassa yleislääketieteen ja geriatrian sairaalat ja vuodeosastot sekä osa psykiatrisista sairaaloista ja kuntoutussairaaloista. Vuodeosastolla jo olevien potilaiden hoidon tarpeen arviointi ja hoitosuunnitelma on tehty ja potilas on sairaalassa hoidon toteuttamista varten. Näissä sairaaloissa hoidettavat potilaat ja potilasturvallisen toiminnan edellyttämä ympärivuorokautisen diagnostiikka- ja lääkäripäivystysvalmiuden tarve vaihtelevat paljon. Hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä vastaavat sairaaloidensa ja terveydenhuollon toimintayksiköidensä vuodeosastoilla olevien potilaiden laadusta ja potilasturvallisuudesta säädösten mukaisesti. Riippuen sairaaloissa hoidettavista potilasryhmistä voi näiden sairaaloiden ympärivuorokautisesti tarvittava lääkäripäivystys toteutua läsnä-, varallaolo- ja etäpäivystyksenä 3–6 momenteissa tarkoitettujen päivystysten tukemana.

Tällainen sairaalassa olevien potilaiden tarvitsema päivystys olisi mahdollista järjestää potilaiden tarpeen mukaisesti siis kaikissa sairaaloissa. Kuitenkaan tällöin sairaalassa ei voisi olla erikseen varattuna ympärivuorokautisesti henkilökuntaa tai tarvittavia diagnostiikkapalveluita uusien potilaiden vastaanottamiseksi, hoidon tarpeen arvioimiseksi, hoitosuunnitelman tekemiseksi tai hoidon antamiseksi. Sairaalaan voitaisiin kuitenkin ottaa myös yöllä sellainen potilas esimerkiksi ensihoitopalvelun tuomana, jolle on tehty hoitosuunnitelma keskus- ja/tai yliopistollisen sairaalan ympärivuorokautista päivystystä konsultoiden, tai aiemmin perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa on tehty sellainen hoitosuunnitelma, jonka mukaan potilasturvallinen hoito on toteutettavissa sairaalan vuodeosastolla. Tällaisia potilaita voivat olla esimerkiksi saattohoitopotilaat tai pitkäaikaissairauksien vuoksi toistuvia sairaalajaksoja tarvitsevat potilaat, mutta jotka eivät tarvitse yöllä tarkempaa uutta hoidon tarpeen arviota tai tutkimuksia.

Pykälän 8 momentissa olisi nyt pykälän 6 momenttia pääosin vastaava säännös, jonka mukaan päivystävissä yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu, vaikuttavuus ja potilasturvallisuus toteutuvat. Säännökseen ehdotetaan täsmennystä, että säännöksessä viitattaisiin myös vaikuttavuuteen. Muutosehdotuksella halutaan korostaa sitä, että päivystävien yksiköiden toiminnassa on varmistettava potilaiden palvelukokonaisuuksien ja palveluketjujen toteutuminen ja niiden edellyttämä suunnitelmallisuus, muiden käytettävissä olevien palveluiden hyödyntäminen sekä se, että epätarkoituksenmukaisia liian järeitä diagnostisia tai hoidollisia toimenpiteitä ei tehdä ja ettei potilaita esimerkiksi oteta sairaalaan tai ympärivuorokautisiin yksiköihin tilanteissa, joissa kotiuttaminen olisi oikea ratkaisu.

Momentissa lisäksi säädetään siitä, että päivystyksestä ja sen laajuudesta on sovittava yhteistyösopimuksessa. Yhteistyösopimusta koskevaa säännöstä ehdotetaan täsmennettäväksi. Säännös täydentää järjestämislain 36 §:n 3 momentin sääntelyä, sillä sen mukaan yhteistyösopimuksessa on sovittava hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta muun ohella sosiaalipäivystyksessä ja terveydenhuollon päivystyksessä, sekä myös esimerkiksi erikoissairaanhoidon henkilöstön ja osaamisen varmistamisessa sekä sellaisten palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa, jotka harvoin tarvittavina tai erityisen vaativina edellyttävät toistettavuutta tai laaja-alaista erityisosaamista tai merkittäviä investointeja.

Ehdotetun 8 momentin mukaan päivystyksestä hyvinvointialueilla päätettäessä ja siitä yhteistyösopimuksessa sovittaessa on otettava huomioon väestön palvelutarve, päivystyspisteiden väliset etäisyydet, ensihoitopalvelu, henkilöstön riittävyys ja hyvinvointialueiden taloudellinen kantokyky ja muuten hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuun toteutuminen. Päivystyksestä sovittaessa on otettava huomioon hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän mahdollisuus tehdä yhteistyötä muidenkin kuin samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän kanssa. Velvoite näiden seikkojen huomioon ottamisesta koskee tässä pykälässä tarkoitettua kiirevastaanottoa ja ympärivuorokautista päivystystä suunniteltaessa, niitä koskevia päätöksiä tehtäessä ja päivystystä toteutettaessa.

Voimassa olevaa sääntelyä vastaavasti väestön palvelutarve, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja ensihoitopalvelu tulee ottaa huomioon päivystyksestä sovittaessa. Tämän lisäksi tulisi ottaa huomioon henkilöstön riittävyys ja hyvinvointialueiden taloudellinen kantokyky ja muuten hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuun toteutuminen. Säännöksen tarkoituksena on varmistaa, että osajien riittävydestä huolehditaan koko yhteistyöaluetta arvioiden. Erityisesti erityisosaajista voi olla pulaa koko yhteistyöalueella ja henkilöstön riittävyys tarkoituksenmukaisiin päivystyksiin on varmistettava. Lisäksi päivystyksiä ylläpidettäessä on huolehdittava, ettei valittu toteutustapa vaaranna yhteistyöalueen hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista. Kun suunnitellaan päivystyspalveluita sekä tarkoituksenmukaista työnjakoa ja palveluverkkoa, on huolehdittava, että ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpidon kustannukset eivät nouse suhteettoman korkeiksi. Päivystys ei saa myöskään sitoa henkilöstöä tai taloudellisia resursseja siten, että järjestämisvastuun toteuttaminen muutoin kärsii. Näitä seikkoja arvioidaan järjestämislain mukaisissa hyvinvointialueen ja yhteistyöalueen ja ministeriöiden välissä neuvotteluissa sekä arvioitaessa hyvinvointialueen taloudellista tilaa muun muassa mahdollisten alijäämien kattamisen tai lisärahoituksen edellytysten osana.

Lisäksi 8 momenttiin ehdotetaan uutta säännöstä, jossa korostettaisiin mahdollisuutta tehdä yhteistyötä muidenkin kuin samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän kanssa. Yhteistyöalueiden rajoja ei tulisi pitää esteenä,

mikäli esimerkiksi väestön saavutettavuuden tai henkilöstön riittävyyden näkökulmasta yhteistyöalueajat ylittäen olisi löydettävissä tarkoituksenmukaisia ratkaisuja. Tästä esimerkkinä ovat Pohjanmaan hyvinvointialueen Vaasassa, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen Seinäjoella ja Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen Kokkolassa olevat sairaalat, joiden työnjakoa ja yhteistyötä esimerkiksi tietyissä päivystysringeissä voisi kannattaa toteuttaa, vaikka ne kaikki kuuluvat keskenään eri yhteistyöalueisiin.

Pykälän 9 momentissa säädettäisiin asetuksenantovaltuudesta säätää tietyistä asioista valtioneuvoston asetuksella. Asetuksenantovaltuus säilyisi pääosin voimassa olevaa säännöstä vastaavana. Pykälän sanamuotoja yksinkertaistettaisiin siten, että momentissa säädettäisiin yleisesti valtuudesta säätää ympärivuorokautisen yksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, kun voimassa olevan valtuuden mukaan säännöksiä voidaan antaa laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystysyksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista. Valtuuden nojalla voisi edelleen antaa säännöksiä kaikkia 3–6 momentissa tarkoitettuja sairaaloita ja yksiköitä koskien. Valtuuden sanamuotojen muutoksissa myös huomioitaisiin se, ettei sosiaali- ja terveysministeriö jatkossa voisi myöntää poikkeuslupia ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystysyksikön ylläpitämiseen.

Momentin sanamuotoa myös täsmennettäisiin siten, että säädettäisiin mahdollisuudesta säätää ”kiireellisen hoidon antamisen perusteista” eikä ”kiireellisen hoidon perusteista”. Voimassa oleva sanamuoto voi sekoittaa sosiaali- ja terveysministeriön antamiin kiireellisen hoidon perusteisiin, jotka siis ovat ohjaavia suosituksia eivätkä asetukseen perustuvia normeja.

Lisäksi asetuksenantovaltuutta ehdotetaan muutettavaksi siten, että valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää tarkemmin päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä, kun voimassa olevan valtuuden nojalla voidaan säätää alueellisesta yhteistyöstä. Asetuksella voitaisiin siis säätää myös muustakin kuin alueelliseksi mielletävästä eli hyvinvointialueen sisäisestä tai yhteisaluetasoisesta yhteistyöstä. Asetuksella voitaisiin säätää siis valtakunnallisesta yhteistyöstä, tai yhteistyöalueiden rajat muuten ylittävästä yhteistyöstä.

50 a §. Terveidenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö. Pykälän 3 momenttiin ehdotetaan tehtäväksi 50 §:n mukaisia muutosehdotuksia vastaava muutos, jonka myötä ei enää käytettäisi termejä laaja ympärivuorokautinen päivystys ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Sen sijaan tämän pykälän 3 momentissa säädettäisiin 50 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitetuista päivystysyksiköissä.

7.2 Laki terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

45 §. Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen. Esityksessä ehdotetaan, että osa 45 §:n leikkauksia ja eräitä muita toimenpiteitä koskevasta sääntelystä tulisi voimaan jo 1.1.2025, kun lakiehdotukset muuten ehdotetaan tulevan voimaan 1.10.2025. Lakiteknisistä syistä näiden muutosten voimaan saaminen jo 1.1.2025 edellyttää terveydenhuoltolain 45 §:n väliaikaista muuttamista aikavälillä 1.1.–30.9.2025.

Tässä väliaikaisesti voimassa olevassa laissa ehdotetaan muutettavaksi koko 45 § lakitekni- sen selkeyden vuoksi.

Voimassa olevan lain 1 ja 2 momenttiin ei ehdoteta tehtävän muutoksia. Pykälän 3 momentissa ehdotetaan tehtävän 1. lakiehdotuksessa ehdotettu muutos eli ehdotetaan poistettavaksi sanamuoto, jonka mukaan leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja

anestesiaa, tulee ”kokonaisuudessaan” koota tietynlaisiin sairaaloihin, sillä seuraavissa momenteissa säädettäisiin tähän pääsääntöön poikkeuksia.

Pykälän uudessa väliaikaisesti voimassa olevassa 4 momentissa säädettäisiin 1. lakiehdotuksen 45 §:n 4 momenttia vastaavasti siitä, että osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voidaan suorittaa muuallakin kuin 3 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa. Voimassa olevan 3 momentin mukaan leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Ehdotetun sääntelyn mukaan tätä leikkaustoimintaa voitaisiin suorittaa hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevista sairaaloista ja HUS-yhtymän sairaaloista, vaikka niissä ei ylläpidettäisi ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä.

Ehdotuksen tausta on se, että 1. lakiehdotuksessa ehdotetaan, että edellä mainituilla paikkakunnilla sijaitsevilla sairaaloissa ei voisi ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä 1.10.2025 lukien. Tässä väliaikaisesti voimassa olevassa 45 §:n 4 momentissa otettaisiin huomioon tilanne, jos mainituissa sairaaloissa tai jossain niistä lakkaa hyvinvointialueen päätöksellä monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys) jo ennen 1.10.2025. Jos tällaista väliaikaisesti voimassa olevaa sääntelyä ei olisi, johtaisi se tilanteeseen, että monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen lakatessa voimassa olevan 45 §:n 3 momentin säännöksen takia sairaalassa ei voisi tehdä mitään leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävää leikkaustoimintaa, mutta 45 §:n 4 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa saisi suorittaa taas 1.10.2025 lähtien näissäkin sairaaloissa. Myös HUS-yhtymän osalta on perusteltua säätää mahdollisuudesta tehdä tässä 4 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa jo ennen 1.10.2025.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin lisäksi mahdollisuudesta väliaikaisesti suorittaa päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevista sairaaloista ja HUS-yhtymän sairaaloista, vaikka niissä ei ylläpidettäisi ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä. Perustelut tälle siirtymäajan voimassa olevalle mahdollisuudelle on esitetty 1. lakiehdotuksen 45 §:n 4 momentin säännöskohtaisissa perusteluissa.

Momentissa lisäksi säädettäisiin 1. lakiehdotuksen 45 §:n 4 momenttia vastaavasti, että edellytyksenä 4 momentissa tarkoitetun leikkaustoiminnan suorittamiselle nimetyissä sairaaloissa ja HUS-yhtymän sairaaloissa on, että hyvinvointialue ja HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden. Leikkaustoiminnan ylläpitäminen ei saisi myöskään vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloissa tai keskussairaloissa taikka hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista.

Sen sijaan 4 momentissa tai muuten väliaikaisesti voimassa olevassa 45 §:ssä ei säädettäisi 1. lakiehdotusta vastaavasti eräistä asioista sopimisesta järjestämislain 36 §:n mukaisen yhteistyösopimuksessa. Syy tähän on se, että voimaannpanolain 1 §:n 3 momentin mukaan hyvinvointialueiden yhteistyösopimus on hyväksyttävä ensimmäisen kerran viimeistään vuoden 2025 loppuun mennessä. Tämä terveydenhuoltolain 45 §:n väliaikaisesta muuttamisesta annettava laki olisi voimassa 30.9.2025 asti. Koska yhteistyösopimusta ei ole velvoitettu tehdä ennen kuin väliaikaisesti voimassa oleva laki lakkaa olemasta voimassa, ei väliaikaisessa

voimassa olevassa laissa asetettaisiin velvoitteita yhteistyösopimusta koskien. Pykälän 5 momentissa olisi 1. lakiehdotuksen 45 §:n 5 momenttia vastaava säännös siitä, että eräitä anestesiologista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puuduttamista vaativia kevyitä toimenpiteitä saisi tehdä muissakin kuin pykälän 3 ja 4 momentissa tarkoitetuissa terveydenhuollon toimintayksiköissä.

Pykälän 6–8 momentissa olisi 1. lakiehdotuksen 45 §:n 6–8 momenttia vastaavat säännökset yksityiseltä palveluntuottajalta hankittavien palveluiden edellytyksistä. Pykälän 8 momentissa ei kuitenkaan olisi säännöksiä yhteistyösopimuksessa sopimiseen liittyen edellä tämän lakiehdotuksen 45 §:n 4 momentin perustelujen kohdalla selostetusta syystä.

Pykälän 9 momentti vastaisi 1. lakiehdotuksen 9 momenttia.

Pykälän 10 momentiksi siirtyisi voimassa oleva pykälän 5 momentti, jossa säädetään asetuksenantovaltuudesta. Asetuksenantovaltuuteen 1. lakiehdotuksessa ehdotettavat muutokset (10 momentti myös 1. lakiehdotuksessa) ehdotetaan säädettäväksi jo tässä väliaikaisesti voimassa olevassa laissa. Näin asetuksenantovaltuuden nojalla voitaisiin antaa säännöksiä 4,5 ja 7 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä sekä voitaisiin antaa säännöksiä 3 ja 6 momentissa tarkoitetuista leikkauksista jo 1.1.2025 lähtien.

50 §. Kiireellinen hoito. Pykälän 7 momentissa säädetään asetuksenantovaltuutus säätää erinäisistä asioista valtioneuvoston asetuksella. Tähän väliaikaisesti voimassa olevaan lakiin ehdotetaan tehtäväksi yksi 1. lakiehdotuksessakin ehdotettu muutos asetuksenantovaltuutta koskien (9 momentti 1. lakiehdotuksessa). Muutosehdotuksen mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä, kun voimassa olevan lain valtuudessa säädetään mahdollisuudesta säätää päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä. Täten on oikeudellisesti selvempää, että jo 1.1.2025 lukien valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää myös valtakunnallisesta tai muuten hyvinvointialue- tai yhteistyöaluerajat ylittävästä yhteistyöstä.

7.3 Sosiaalihuoltolaki

29 a §. Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyö. Pykälän 1 momenttiin ehdotetaan tehtäväksi terveydenhuoltolain 50 § ja 50 a §:n 3 momentin mukaisia muutosehdotuksia vastaava muutos, jonka myötä ei enää termeinä säädettäisiin laajoista ympärivuorokautisista päivystysyksiköistä ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksistä. Sen sijaan tämän pykälän 1 momentissa säädettäisiin 50 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitetuista päivystysyksiköissä.

7.4 Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta

59 §. Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueiden ympärivuorokautinen yhteispäivystys. Pykälässä säädetään Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueiden mahdollisuudesta ylläpitää kahta ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystysyksikköä sairaaloidensa yhteydessä, sekä erilliskorvauksesta niihin ylimääräisiin kustannuksiin, joita aiheutuu hyvinvointialueelle kahden ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön ylläpidosta. Esityksen jaksossa 2.2.5 ja 2.3.2 kuvataan perusteita, miksi jatkossa nämä hyvinvointialueet eivät voisi ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä kahdessa sairaalassa. Pykälä ehdotetaan kumottavaksi.

8 Lakia alemman asteinen sääntely

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:ssä olevia asetuksenantovaltuuksia.

Terveydenhuoltolain 45 §:n viimeisessä momentissa olevia (voimassa olevan lain 5 momentti, 1. ja 2. lakiehdotuksessa 10 momentti) asetuksenantovaltuutuksia antaa säännöksiä valtioneuvoston asetuksella ehdotetaan muutettaviksi. Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin luettelo sellaisesta leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta leikkaustoiminnasta, sekä sellaisista anestesilogista osaamista edellyttävistä nukutusta tai puudutusta vaativista kevyistä toimenpiteistä, joita voidaan tehdä sellaisissakin sairaaloissa ja terveydenhuollon toimintayksiköissä, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin myös säätää sellaisesta leikkaustoiminnasta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiologiaa.

Valtuutta täsmennettäisiin voimassa olevaan sääntelyyn nähden myös siten, että valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää myös tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täytyä työnjakoa ja keskittämistä toteutettaessa; voimassa olevassa säännöksessä ei mainita ”työnjakoa”. Muutosehdotuksen on tarkoitus selkeyttää sitä, että asetuksella voidaan laajemminkin säätää hyvinvointialueiden ja sairaaloiden työnjaosta kuin vain keskittämisen kautta. Muutosehdotus liittyy osaltaan pääministeri Orpon hallituksen ohjelmaan, jonka mukaan erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat säädökset uudistetaan, mikä on myös tämän hallituksen esityksen taustalla. Kevään 2024 kehysriihessä hallitus linjasi työnjaon kehittämiseen liittyvien toimenpiteiden vähentävän hyvinvointialueiden rahoitusta 25 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lähtien. Asetuksenantovaltuuden täsmentäminen selkeyttää valtuuden alaan säätää työnjaosta muutenkin kuin vain keskittämisen käsitteen kautta. Terveydenhuoltolain 45 §:n asetuksenantovaltuuksiin ehdotetaan myös eräitä muita täsmennyksiä (ks. pykälän säännöskohtaiset perustelut).

Terveydenhuoltolain 50 §:n asetuksenantovaltuutta ehdotetaan myös täsmennettäväksi. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä, kun voimassa olevan valtuuden nojalla voidaan säätää alueellisesta yhteistyöstä. Asetuksella voitaisiin siis säätää myös muustakin kuin alueelliseksi mielletävästä yhteistyöstä eli esimerkiksi valtakunnallisesta yhteistyöstä. Valtuuteen tehtäisiin myös muutos, joka liittyy siihen, että jatkossa sosiaali- ja terveysministeriö ei voi myöntää poikkeuslupaa perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitoon, sekä eräitä kielellisiä muutoksia (ks. pykälän säännöskohtaiset perustelut).

Valtuuksien nojalla tullaan muuttamaan erikoissairaanhoidon keskittämisasiasetusta (582/2017) sekä päivystysasetusta (583/2017) tai antamaan uudet asetukset.

Säännökset annettaisiin valtioneuvoston asetuksella, jonka arvioidaan olevan asianmukainen säädöstaso, koska kyse on terveyspalveluiden käytännön toteuttamiseen merkittävästi liittyvistä seikoista säätämisestä. Toisaalta asetuksella säädettävät asiat olisivat luonteeltaan terveyspalveluiden käytännön toimintaa yksityiskohtaisestikin ohjaavia säännöksiä, jolloin ei ole tarkoituksenmukaista säätää ehdotetuista asioista lain tasolla. Ehdotetun muutokset eivät luonteeltaan poikkea terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:ssä jo olevista asetuksenantovaltuuksista. Nämä valtuudet on säädetty perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella (PeVL 63/2016 vp).

Esityksessä ehdotetaan kumottavaksi voimaanpanolain 59 §, joka sisältää asetuksenantovaltuuden säätää tarkemmin Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueille maksettavasta korvauksesta. Mainitun 59 §:n kumoamisen myötä kumoutuu Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueiden ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen ylimääräisten kustannusten korvaamisesta annettu valtioneuvoston asetus (638/2023).

9 Voimaantulo

Ehdotetaan, että 1., 3. ja 4. lakiehdotus tulevat voimaan 1.10.2025. Ehdotetaan, että 2. lakiehdotus eli terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta annettu laki on voimassa 1.1.–30.9.2025 ennen sen korvautumista toistaiseksi voimassa olevilla säännöksillä 1.10.2025 lähtien.

Esityksen 1., 3. ja 4. lakiehdotuksen voimaantuloa koskeva ehdotus perustuu siihen, että syksyyn sijoittuva voimaantuloajankohta on todennäköisesti tarkoituksenmukaisempi merkittävien päivystystä koskevien toiminnallisten muutosten toimeenpanoon kuin vuodenvaihe, jolloin on meneillä lomakausi. Hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle jäisi noin vuosi päivystystä koskevien muutosten toimeenpanoon. Lisäksi saavutettaisiin valtionalouteen 6,2 miljoonaa euroa säästöä jo vuonna 2025.

Väliaikaisen erityisesti leikkaustoimintaa koskevan 2. lakiehdotuksen ehdotetaan olevan voimassa 1.1.–30.9.2025. Kun näiden leikkausten ja eräiden muiden toimenpiteiden hankinta mahdollistetaan mahdollisimman aikaisin, hoitojonoja voidaan alkaa purkaa lainsäädännön leikkaustoiminnalle asetettujen muutosten lievetessä. Hyvinvointialueiden sairaaloiden osalta lakimuutos mahdollistaa myös sen, että hyvinvointialueet voivat niin halutessaan alkaa tehdä 1.10.2025 voimaan tulevien lakimuutosten mukaisia muutoksia nopeutetulla aikataululla Kemissä, Savonlinnassa, Oulussa, Salon ja Valkeakosken sairaaloiden osalta, eli siis halutessaan lakkauttaa monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen, mutta jatkaa päiväkirurgian ja lyhytjälkihoitoisen kirurgisen leikkaustoiminnan suorittamista. Myös anestesiologista osaamista edellyttävien nukutusta tai puudutusta vaativien kevyiden toimenpiteiden suorittaminen voitaisiin aloittaa jo vuoden vaihteessa.

Esityksen 1. lakiehdotukseen ehdotetaan siirtymäsäännös, jonka mukaan Kemissä, Oulussa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevista hyvinvointialueiden sairaaloissa sekä niissä HUS-yhtymän sairaaloissa, joissa ei ylläpidetä ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, saa suorittaa väliaikaisesti päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia, jos 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on vaarassa hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella jäädä toteutumatta eikä hyvinvointialue tai HUS-yhtymä pysty hankkimaan riittävästi näitä leikkauksia muilta hyvinvointialueilta. Edellytyksenä on lisäksi se, että ehdotetussa 45 §:n 4 momentissa leikkaustoiminnalle ehdotettavat edellytykset täyttyvät. Näitä leikkauksia saisi suorittaa väliaikaisena toimintana mainituissa sairaaloissa kuitenkin vain 30.6.2028 saakka. Mahdollisuus suorittaa näitä leikkauksia olisi myös väliaikaisesti voimassa olevassa 2. lakiehdotuksessa, koska sen voimassaolo päättyy ennen ehdotetun siirtymäkauden päättymistä eli aiemmin kuin 30.6.2028. Asian perusteluja ja säännöksen tarkoitusta käsitellään 1. lakiehdotuksen 45 §:n säännöskohtaisissa perusteluissa.

Siirtymäsäännöksen perusteella Pohjois-Savon hyvinvointialue saisi ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä Iisalmessa ja Varkaudessa vuoden 2025 loppuun asti. Ehdotus perustuu siihen, että näiden päivystysten ylläpitoon on myönnetty voimassa oleva sosiaali- ja terveysministeriön poikkeuslupa vuoden 2025 loppuun asti.

Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt myös vuoden 2025 loppuun asti poikkeuslupan synnytysten järjestämiseen Länsi-Pohjan sairaalassa Kemissä. Tästä huolimatta lakimuutos, jonka perusteella kyseisessä sairaalassa ei voisi jatkossa järjestää synnytyksiä, ehdotetaan tulevan voimaan 1.10.2025, jolloin myös mainittu lupa lakkaa olemasta voimassa lain nojalla. Lapin hyvinvointialue on tehnyt päätöksen synnytystoiminnan keskeyttämisestä Länsi-Pohjan sairaalassa ajalla 1.1.2025-31.12.2025. Hallinto-oikeus on 11.7.2024 kieltänyt toimeenpanemasta aiemman hyvinvointialueen päätöksen synnytystoiminnan pysyvästä siirtämisestä Lapin keskussairaalaan päätöksestä tehtyjen valitusten ratkaisemisen ajaksi. Joka tapauksessa hallituksen arvion mukaan synnytysten järjestämisen mahdollistaminen vuoden 2025 loppuun asti Länsi-Pohjan sairaalassa ei ole perusteltua, koska se edellyttäisi, että monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen lakkaaminenkin tulisi lykätä vuoden 2025 loppuun asti.

10 Toimeenpano ja seuranta

Sairaaloiden ja päivystysten työnjaon seuranta on yksi oleellinen seikka hyvinvointialueiden toiminnan seurannassa, ja se toteutuu usealla eri tasolla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tekee vuosittain arvion hyvinvointialueiden toiminnasta hyvinvointialueittain ja yhteistyöalueittain. Sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä valtiovarainministeriön ja sisäministeriön kanssa käy vuosittaiset neuvottelut alueiden kanssa hyvinvointialueittain ja yhteistyöalueittain hyödyntäen sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen että valvovien viranomaisten selvityksiä. Neuvotteluissa pyritään seuraamaan ja ohjaamaan alueita kantamaan järjestämisvastuunsa sekä saavuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollolle asetetut toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet.

Erikoissairaanhoidon työnjaon toteutuminen ja palveluverkko ovat erityisessä roolissa nimenomaan yhteistyöaluekohtaisessa tarkastelussa. Yhteistyöalueiden yhteistyösopimuksen säännökset (järjestämislain 36 §, Hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annettu valtioneuvoston asetus) ohjaavat alueiden yhteistyötä.

Valtakunnallista työnjakoa yliopistollisten sairaaloiden välillä ja myös muutoin hyvinvointialueiden ja yhteistyöalueiden välillä kehitetään uudistettaessa erikoissairaanhoidon työnjaon säädöspohjaa sekä keskittämisen ja päivystysasetuksia myöhemmin tällä hallituskaudella.

11 Suhde muihin esityksiin

11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä

Hallitus on antanut eduskunnalle esityksen sosiaaliturvarahastojen säästöjen valtion ja kuntien talouden vahvistamiseen ohjaamista ja sairauspäivärahan muutoksia koskevaksi lainsäädännöksi (HE 123/2024 vp), jonka tavoitteena on toteuttaa sosiaaliturvarahastoihin kohdistuvien säästöjen kanavointi velkaantumiskehityksen taittamiseen eli valtion ja kuntien talouteen. Esityksessä ehdotetaan sairausvakuutuksen rahoitusosuuksien muutoksia, joka vaikuttaa ensihoidon rahoitukseen.

11.2 Suhde talousarvioesitykseen

Esitys liittyy valtion vuoden 2025 täydentävään talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltävän sen yhteydessä.

Esityksessä ehdotettavien lainmuutosten johdosta hyvinvointialueiden toimintamomenttiin 28.89.31 kohdistuisi vuonna 2026 yhteensä 30,6 milj. euron säästö vuoden 2025 tasossa. Momentille kohdistuisi vuonna 2025 7,2 miljoonan euron säästö.

Sairausvakuutuksen momentille 33.30.60 kohdistuisi vuonna 2026 7,7 miljoonan euron lisäys, josta valtion osuus on 4,1 miljoonaa euroa. Vuonna 2025 momentille kohdistuisi 2 miljoonan euron lisäys, josta valtion osuus on 1 miljoonaa euroa.

Kokonaisuudessaan esitys vahvistaisi valtion taloutta 6,2 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 26,5 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien.

12 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

Kiireellinen hoito ja riittävät terveyspalvelut

Esityksen myötä ympärivuorokautiseen päivystykseen kohdistuisi muutoksia, kun tietyillä paikkakunnilla lakkaisi ympärivuorokautinen terveydenhuollon päivystys. Käytännössä tämä tarkoittaisi, että potilaat eivät voisi jatkossa hakeutua Raahessa, Jämsässä, Iisalmissa ja Varkaudessa sijaitseviin sairaaloihin yöaikaan (klo 22–07) kiireellisissäkään perusterveydenhuollon tapauksissa. Lisäksi Kemissä, Savonlinnassa, Oulaisissa ja Salossa (sekä Valkeakoskella) sijaitsevilla sairaaloilla ei voisi jatkossa ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä taikka tällaista päivystystä edellyttävää leikkaustoimintaa. Kemissä ja Savonlinnassa voisi kuitenkin ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä tai vaihtoehtoisesti rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä. Käytännössä osa potilaista ohjautuisi muihin sairaaloihin myös muuten kuin yöllä, tarvittaessa ensihoidon kuljettamana.

Lainsäädännön leikkaustoiminnan edellytyksiä kevennettäisiin siten, että osaa leikkaustoiminnasta voi suorittaa sairaaloissa, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä, eli Kemissä, Savonlinnassa, Oulaisissa, Salossa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloilla sekä HUS-yhtymän sairaaloissa, ja eräitä nukutusta tai puudutusta edellyttäviä kevyempiä toimenpiteitä muissakin toimipisteissä. Samalla mahdollistettaisiin tiettyjen leikkausten ja muiden toimenpiteiden hankinta yksityisiltä palveluntuottajilta.

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. 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.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapaan ja palvelujen saatavuuteen vaikuttavat välillisesti muut perusoikeudet kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), oikeus kieleen ja kulttuuriin (17 §), oikeus sosiaaliturvaan (19 §) sekä julkisen vallan velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen (22 §). Perusoikeussäännöksillä määrätään osaltaan tapaa, jolla sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä.

YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimuksen (SopS 6/1976, *TSS-sopimus*) 12 artiklan 1 kohdassa määrätään siitä, että sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta

ruumiin- ja mielenterveydestä. Sopimusvaltioiden tulee ryhtyä tämän oikeuden täydellisen toteuttamisen saavuttamiseksi toimenpiteisiin, jotka ovat välttämättömiä kuolleena syntyvien lasten määrän ja lapsikuolleisuuden vähenemisen aikaansaamiseksi sekä lasten terveen kehityksen parantamiseksi (a alakohta), kaiken ympäristö- ja teollisuushygienian piiriin kuuluvan parantamiseksi (b alakohta) kulku- ja tarttuvien tautien sekä ammattitautien ja muiden tautien estämiseksi, hoitamiseksi ja valvomiseksi (c alakohta) sekä toimenpiteisiin, jotka ovat välttämättömiä sellaisten olosuhteiden luomiseksi, jotka ovat omiaan turvaamaan jokaiselle lääkärin ja sairaaloiden palvelukset sairaustapauksissa (d alakohta). Sopimusmääräysten tulkinnassa on otettava huomioon 2 artiklan 1 kohdan mukaiset velvoitteet, joiden mukaan sopimusvaltio sitoutuu sekä erikseen että varsinkin talouden ja tekniikan alalla kansainvälisen avun ja yhteistoiminnan kautta täysimääräisesti käytettävissä olevien voimavarojensa mukaan ryhtymään toimenpiteisiin kaikin soveltuvin keinoin ja varsinkin lainsäädäntötoimenpitein tässä yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksiensa toteuttamiseksi asteittain kokonaisuudessaan.

TSS-komitea esittää yleiskommentissa nro 14 General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000 tulkintansa ihmisarvoista elämää edistävästä jokaisen oikeudesta nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. TSS-komitea toteaa, että saatavuus (availability), saavutettavuus (accessibility), hyväksyttävyys (acceptability) ja laatu (quality) ovat terveyttä koskevan oikeuden olennaisia elementtejä. Saatavuus viittaa siihen, että toimivia julkisia terveydenhuollon tiloja, tavaroita, palveluja ja ohjelmia – mukaan lukien sairaaloita, terveyskeskuksia ja muita terveydenhuollon tiloja ja kilpailukykyistä palkkaa saavaa koulutettua henkilökuntaa – on oltava saatavilla riittävä määrä. Saavutettavuudella on eri tekijöitä, eli syrjimättömyys, fyysinen saavutettavuus, taloudellinen saavutettavuus (kohtuuhintaisuus) ja tiedon saavutettavuus. Fyysiseen saavutettavuuteen liittyy, että terveyteen liittyvät tilat, tavarat ja palvelut on oltava turvallisen etäisyyden päässä kaikille kansanosille. Laatuun kuuluu se, että palvelut ovat lääketieteellisesti asianmukaisia ja hyvälaatuisia, mukaan lukien taitava terveydenhuollon henkilökunta. Sopimusvaltion vallitsevista olosuhteista riippuu, kuinka eri tekijöitä sovelletaan ja millaisen merkityssisällön kukin tekijä saa.

TSS-komitean erittelyssä 12 artiklan 2 kohdan a alakohtaan sisältyy velvoite parantaa lasten ja raskauteen ja synnytykseen sekä sen jälkeiseen liittyviä palveluja ja niihin pääsyä, mukaan lukien kiireelliset synnytyspalvelut. Kohdan c alakohtaan sisältyy velvoite luoda järjestelmä kiireellisen hoidon saamiseksi muun muassa onnettomuuksien hoidon varalta. Kohdan d alakohdan perusteella on turvattava yhdenvertainen ja oikea-aikainen pääsy ennaltaehkäiseviin, hoitoa antaviin ja kuntouttaviin palveluihin ja terveystiedon opetukseen, mukaan lukien asianmukaiseen yleisten tautien, loukkaantumisten ja vammojen hoitoon, mielellään paikallistasolla, sekä mielenterveyspalveluihin. Yleiskommentissa nostetaan esille myös erityisesti sukupuoleen, lapsiin ja nuoriin, ikäihmisiin, vammaisiin ihmisiin ja alkuperäiskansoihin liittyviä erityispiirteitä.

TSS-komitean mukaan oikeus terveyteen, kuten kaikki ihmisoikeudet, asettaa sopimusvaltioille myös kolme yleistä velvollisuutta: velvollisuuden suojella, kunnioittaa ja toteuttaa oikeus terveyteen. Toteuttamisen osa-alueena julkisen terveydenhuollon infrastruktuuriin tulee sisältää riittävä määrä sairaaloita, klinikoita ja muita terveydenhuollon toimipisteitä, varmistaen oikeudenmukainen jakauma maansisäisesti. Tämä on komitean mukaan myös eräs artiklaan sisältyvistä ydinvelvoitteista.

TSS-komitea toteaa, että jokaisella sopimusvaltiolla on tietty harkintamarginaali sen suhteen, mitkä toimet parhaiten toteuttavat oikeutta terveyteen kyseisen valtion erityisolosuhteissa. Yleissopimus kuitenkin edellyttää selvästi, että kunkin valtion on toteutettava kaikki tarvittavat toimenpiteet sen varmistamiseksi, että kaikilla on pääsy hoitopaikkoihin, terveyshyödykkeisiin

ja terveyspalveluihin, jotta jokainen ihminen voisi mahdollisimman pian nauttia korkeimmasta saavutettavissa olevasta fyysisen ja psyykkisen terveyden tasosta. TSS-komitean mukaan terveyttä koskevan oikeuden asteittainen toteuttaminen tarkoittaa sitä, että sopimusvaltioilla on erityinen ja jatkuva velvollisuus siirtyä mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti kohti 12 artiklan täysimääräistä täytäntöönpanoa.

Terveyteen liittyviä sopimusmääräyksiä on myös useassa muussa ihmisoikeussopimuksessa. Uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan (SopS 78-80/2002) 11 artiklan 1 luetelmakohdan mukaan sopimuspuolet sitoutuvat varmistaakseen, että oikeutta terveyden suojeluun voidaan käyttää tehokkaalla tavalla, joko suoraan tai yhteistyössä julkisten tai yksityisten järjestöjen kanssa, ryhtymään asianmukaisiin toimiin, joiden tarkoituksena on muun muassa poistaa terveyttä heikentävät syyt mahdollisuuksien mukaan. Tämä kohta tarkoittaa sosiaalisten oikeuksien komitean mukaan muun muassa sitä, että sopimusvaltioiden on taattava kaikille yksilöille pääsy terveydenhuollon piiriin ilman syrjintää ja terveydenhuoltojärjestelmän täytyy olla tehokas ja kohtuuhintainen. Sopimuksen 13 artiklan 1 luetelmakohdan mukaan varmistaakseen, että oikeutta sosiaaliavustukseen ja lääkinnälliseen apuun voidaan käyttää tehokkaalla tavalla, sopimuspuolet sitoutuvat varmistamaan, että jokaiselle, jolla ei ole riittäviä tuloja tai varoja ja joka ei pysty hankkimaan tällaisia tuloja tai varoja joko omin avuin tai muista lähteistä, etenkin sosiaaliturvajärjestelmän tarjoamista etuuksista, annetaan riittävää apua ja sairastapauksissa kyseisen tilan vaatimaa hoitoa.

Vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevan YK:n yleissopimuksen (SopS 26 - 27/2016) 25 artiklassa määrätään terveydestä. Vammaisyleissopimuksen 25 artiklan 1 kohdan mukaan sopimuspuolet tunnustavat, että vammaisilla henkilöillä on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella. Sopimuspuolet toteuttavat kaikki asianmukaiset toimet varmistaakseen sukupuolisensitiivisten terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden vammaisille henkilöille, terveyteen liittyvä kuntoutus mukaan lukien. Artiklan 2 kohdan mukaan sopimuspuolten tulee muun muassa erityisesti järjestää vammaisille henkilöille samanlaajuiset, -laatuiset ja -tasoiset maksuttomat tai kohtuuhintaiset terveydenhuoltopalvelut ja -ohjelmat kuin muille; järjestää ne terveydenhuoltopalvelut, joita vammaiset henkilöt tarvitsevat erityisesti vammaisuutensa vuoksi; sekä järjestää nämä terveydenhuoltopalvelut mahdollisimman lähellä ihmisten omia yhteisöjä, myös maaseutualueilla. Yleissopimuksen 20 artiklan mukaan sopimuspuolet toteuttavat tehokkaat toimet varmistaakseen vammaisille henkilöille mahdollisimman itsenäisen henkilökohtaisen liikkumisen. Yleissopimuksen 9 artiklan mukaan jotta vammaiset henkilöt voisivat elää itsenäisesti ja osallistua täysimääräisesti kaikilla elämänalueilla, sopimuspuolet toteuttavat asianmukaiset toimet varmistaakseen vammaisille henkilöille muiden kanssa yhdenvertaisen pääsyn fyysiseen ympäristöön, kuljetukseen, tiedottamiseen ja viestintään, muun muassa tieto- ja viestintäteknologiaan ja -järjestelmiin, sekä muihin yleisölle avoimiin tai tarjottaviin järjestelyihin ja palveluihin sekä kaupunki- että maaseutualueilla. Saavutettavuuden esteiden tunnistamista ja poistamista tulee tehdä muun ohella terveydenhuoltoyksiköissä.

Lapsen oikeuksia koskevan YK:n yleissopimuksen (SopS 60/1991) 24 artiklan 1 kohdan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat, että lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista palveluista. Sopimusvaltiot pyrkivät varmistamaan, ettei yksikään lapsi joudu luopumaan oikeudestaan nauttia tällaisista terveyspalveluista. Artiklan 2 kohdassa määrätään toimista, joihin erityisesti on ryhdyttävä. Sopimusvaltioiden on ryhdyttävä asianmukaisiin toimiin muun muassa erityisesti vähentääkseen imeväis- ja lapsikuolleisuutta; varmistaakseen, että kaikki lapset saavat välttämättömän lääkärin- ja terveydenhoidon, jossa painottuu perusterveydenhoidon kehittäminen ja taatakseen asianmukaisen terveydenhoidon odottaville ja synnyttäneille äideille. Sopimuksen 3 artiklan mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon,

tuomioistuinten, hallintoviranomaisten tai lainsäädäntöelimien toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu. Lasten oikeuksien komitea on loppupäätelmissään Suomen yhdistetyistä viidennestä ja kuudennessa raportissa (CRC/C/FIN/CO/5–6) suositellut, että Suomi tehostaa muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksen avulla toimenpiteitä, joilla varmistetaan lapsille mahdollisuus saada nopeasti ja tehokkaasti hyvälaatuisia terveyspalveluja koko maassa, ja kiinnittää erityistä huomiota heikossa asemassa oleviin ja syrjäytyneisiin lapsiin.

Kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskevan YK:n yleissopimuksen (SopS 68/1986) 12 artiklassa määrätään, että sopimusvaltiot varmistavat naisille asianmukaiset palvelut raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisen kauden aikana.

Esitystä arvioitaessa hallituksen käsityksen mukaan on tarkasteltava sitä, turvaavatko säännösehdotukset sosiaali- ja terveyspalveluiden toteutumisen perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momentissa edellytetyllä tavalla ja myös muita perusoikeuksia ja ihmisoikeuksia noudattaen.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin säännös viittaa etenkin palvelujen saatavuuden turvaamiseen. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa mainitulle oikeudelle riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin on vakiintunut tietty oikeudellinen sisältö ja arviointiperusteet. Palvelujen riittävyyden arvioimisessa lähtökohtana on niiden mukaan sellainen palvelujen taso, joka luo "jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä" (ks. HE 309/1993 vp, s. 71/II). Viittaus jokaiseen terveyspalveluihin oikeutettuna edellyttää "viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävyydestä" (ks. PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (ks. PeVL 17/2021 vp, kappale 71, PeVL 65/2014 vp, s. 4/II).

Perustuslakivaliokunta on korostanut, että vaikka perustuslain 19 §:n 3 momentin säännöksen ensimmäinen virke ei turvaa mitään nimenomaista tapaa tarjota palveluja, tältä osin perustuslain mukainen edellytys on, että palveluja on riittävästi (ks. PeVL 17/2021 vp, kappale 72, PeVL 26/2017 vp, s. 32 ja 36—41 ja PeVL 12/2015 vp, s. 3 ja PeVL 11/1995 vp, s. 2). Valiokunta on painottanut nimenomaisesti, että säännöksellä veloitetaan julkinen valta turvaamaan palvelujen saatavuus (ks. PeVL 26/2017 vp, erit. s. 44—45 ja PeVL 54/2014 vp, s. 2/I). Säännös merkitsee siten vaatimusta palvelujen riittävästä tarjonnasta maan eri osissa asuville (ks. PeVL 17/2021 vp, kappale 72, PeVL 26/2017 vp, s. 33, PeVM 25/1994 vp, s. 32/II).

Perustuslakivaliokunta on aiemmin kunta- ja palvelurakenneuudistusta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen uudistusta arvioidessaan pitänyt tärkeänä myös sitä, että uudistusta toimeenpantaessa kiinnitetään vakavaa huomiota maan eri osissa olevien kuntien asukkaiden yhdenvertaiseen kohteluun ja heidän tosiasiallisiin mahdollisuuksiinsa saada perusoikeuksien toteutumisen kannalta välttämättömiä palveluja (ks. PeVL 67/2014 vp ja PeVL 37/2006 vp, s. 2—3). Valiokunnan mielestä ihmisten yhdenvertaisuuden kannalta keskeisintä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa uudistuksessa on se, että jokaiselle on turvattava yhdenvertaisesti oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin perustuslain 19 §:n 3 momentissa edellytetyllä tavalla. (PeVL 17/2021 vp, kappale 114).

Perustuslain 19 §:n 1 momentin (alun perin vuoden 1995 perusoikeusuudistuksessa vanhan hallitusmuodon 15 a §:n 1 momentti) esitöiden mukaan oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon on eräs ihmisarvoisen elämän perusedellytyksiä turvaava tukijärjestelmä (HE 309/1993 vp, s. 69/II). Perustuslakivaliokunnan mukaan 19 §:n 1 momentin (tuolloin 15 a §:n 1 momentin) mukainen oikeus on jokaiselle kuuluva subjektiivinen oikeus (PeVM 25/1994 vp, s. 10/II; ks. myös PeVL 31/1997 vp, s. 2/I; PeVL 18/2001 vp, s. 4/II). Säännöksen tarkoituksena on turvata ihmisarvoisen elämän edellytysten vähimmäistaso eli niin sanottu eksistenssiminimi.

Säännöksellä on läheinen kytkentä oikeutta elämään koskevaan 7 §:ään (HE 309/1993 vp, s. 19/I). Perustuslakivaliokunta on katsonut, että tällaiseen vähimmäistasoon kuuluu esimerkiksi terveyden ja elinkyvyn säilyttämisen kannalta välttämätön kiireellinen sairaanhoito (PeVL 73/2014 vp s. 2/II). Perustuslain esitöihin viitaten perustuslakivaliokunta on myös todennut, että kiireellinen hoito on merkittäviltä osin perustuslain 19 §:n 1 momentissa tarkoitetun välttämättömän huolenpidon alaan kuuluvaa toimintaa (PeVL 41/2010 vp, s.6/I, PeVL 20/2004 vp s. 2/II.). Terveydenhuoltolain 50 §:n 1 momentin sääntely konkretisoi 19 §:n 1 momentin sääntelyä, sillä sen mukaan kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyden hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta.

Perustuslakivaliokunta on luonnehtinut 19 §:n 1 ja 3 momentin suhdetta siten, että 1 momentissa säädetään yksilölle kaikissa elämäntilanteissa kuuluvasta vähimmäisturvasta, kun taas 3 momentissa säädetään julkisen vallan tämän ylitse ulottuvista sosiaaliturvavelvoitteista (PeVM 25/1994 vp, s. 10/II). Perustuslakivaliokunta on todennut, että kiireellisen sairaanhoidon ympärivuokautisen päivystyksen hallinnollinen jaotus liittyy perustuslain 19 §:n 1 momentissa jokaiselle turvattuun oikeuteen välttämättömään huolenpitoon sekä perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle säädettyyn velvollisuuteen turvata, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut (PeVL 63/2016 vp, s. 5).

Perustuslakivaliokunnan mukaan perustuslaillinen ongelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa lainsäädännössä suhteessa perustuslain 19 §:n 3 momenttiin saattaa syntyä, jos ehdotettuun lainsäädäntöön sisältyy joitakin rakenteellisia ongelmia, jotka suurella todennäköisyydellä johtavat siihen, että oikeuksien toteutuminen tosiasiallisesti vaarantuu (PeVL 17/2021 vp, kappale 74, PeVL 26/2017 vp, s. 37—38). Perustuslakivaliokunta on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen rakenneuudistusta käsitellessään painottanut, että valtioneuvoston on seurattava uudistuksen vaikutuksia perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisten oikeuksien toteutumiseen tarkasti ja puututtava mahdollisesti havaittuihin epäkohtiin viipymättä. Uudistuksen toimeenpanossa on lisäksi perustuslain 6 §:stä ja 19 §:n 3 momentista johtuvista syistä välttämätöntä huolehtia palveluiden riittävästä ja yhdenvertaisesta saatavuudesta niin valtakunnallisesti kuin eri hyvinvointialueiden sisälläkin. (PeVL 17/2021 vp, kappale 74).

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava näiden perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Tämä lainkohta velvoittaa julkista valtaa nimenomaisesti turvaamaan perusoikeuksien, kuten riittävien terveyspalveluiden, toteutumisen käytännössä. Perustuslain esitöiden mukaan keskeisiin keinoihin kuuluvat perusoikeudenkäyttöä turvaavan ja täsmentävän lainsäädännön säätäminen sekä taloudellisten voimavarojen kohdentaminen. Säännös ulottaa julkisen vallan turvaamisvelvollisuuden perusoikeuksien ohella myös Suomea velvoittavissa kansainvälisissä sopimuksissa turvattuihin ihmisoikeuksiin. (HE 309/1993 vp, s. 75)

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Perustuslain esitöiden mukaan kiellettyä on asettaa ketään eri asemaan ilman hyväksyttävää perustetta myöskään asuinpaikan takia (HE 309/1993 vp, s. 44/I). Perustuslakivaliokuntakaan ei ole pitänyt pelkkää maantieteellistä kriteeriä hyväksyttävänä erotteluperusteena perustuslain 6 §:n 2 momentin kannalta (PeVL 59/2001 vp, s. 2/I). Yhdenvertaisuussäännös kohdistuu myös lainsäätäjään. Lailla ei voida mielivaltaisesti asettaa ihmisiä tai ihmisryhmiä toisia edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan. Yhdenvertaisuussäännös ei kuitenkaan edellytä kaikkien ihmisten kaikissa suhteissa

samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia (HE 309/1993 vp, s. 42—43). Perustuslakivaliokunta on myös vakiintuneesti korostanut, ettei yhdenvertaisuusperiaatteesta voi johtua tiukkoja rajoja lainsäätäjän harkinnalle pyrittäessä kulloisenkin yhteiskuntakehityksen vaatimaan sääntelyyn (ks. esim. PeVL 2/2011 vp, s. 2/II, PeVL 64/2010 vp, s. 2).

Perustuslaissa säädetty yhdenvertaisuus koskee yksilöitä, ei esimerkiksi kuntia (ks. PeVL 9/2015 vp, s. 2). Näin ollen se, että eri paikkakunnilla sijaitsee eri laajuisia päivystyspalveluita tai muita palveluita tarjoavia sairaaloita, tai että jollain paikkakunnalla olevasta sairaalasta lakkaa mahdollisuus ylläpitää ympärivuorokautista päivystystä tai suorittaa tietynlaista erikoissairaanhoitoa, ei sellaisenaan ole yhdenvertaisuuskysymys. Sen sijaan on tarkasteltava, onko väestölle ympäri Suomen riittävästi palveluja tarjolla. Päivystystä koskevassa sääntely-yhteydessä on huomattava, että ympärivuorokautista päivystystä tarjoavat sairaalat antavat kiireellistä hoitoa kaikille asuinpaikasta riippumatta. Kiireellistä hoitoa tarvitseva potilas voi siis hakeutua hoitoon mihin sairaalaan tahansa.

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan velvoitteesta turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutumisen voidaan johtaa rajoite perusoikeuksien heikennyksiä tehdessä. Periaate oikeuksien edistämisestä sosiaalisten oikeuksien alalla sisältyy myös TSS-sopimuksen 2 artiklan 1 kohtaan (velvoite ryhtyä toimiin toteuttaa oikeudet asteittain täysimääräisesti). TSS-komitea on 12 artiklaa koskevassa yleiskommentissaan todennut, että kuten muidenkin sopimuksen mukaisten oikeuksien kohdalla, on olemassa vahva oletus, että terveyttä koskevat heikentävät toimet eivät ole hyväksyttäviä. Valtiolla on todistustaakka todistaa, että ne otetaan käyttöön vasta, kun on tarkkaan harkittu vaihtoehtoja ja että toimet ovat hyväksyttäviä suhteessa sopimuksen annettuihin oikeuksiin kokonaisuutena valtion käytettävissä olevien kokonaisresurssien kontekstissa.

Voidaan pitää jossain määrin tulkinnanvaraisena, missä määrin tässä esityksessä esitettyä päivystyksiä koskevaa keskittäminen samaistuu perusoikeuksien heikentämiseen, siten kuin perusoikeuksien heikentämistä on käsitelty perustuslakivaliokunnan sosiaali- ja terveysoikeuksia koskevassa käytännössä. Sen käsittelemisessä lakiehdotuksissa on tyypillisesti kyse lähtökohtaisesti kaikkiin tai tiettyyn ihmisryhmään ja heidän oikeuksiinsa kohdistuvista heikentämisestä, kuten esimerkiksi sosiaalietuuksien leikkauksista. Muutokset tyypillisesti kohdentuvat yhtäläisesti tai muuten tiettyjen määritettyjen kriteerien mukaan kaikkiin ihmisiin tai tiettyihin ihmisryhmiin (joskin toki esitysten käytännön vaikutukset voivat vaikuttaa eri lailla eri ihmisiin).

Tässä esityksessä ei ehdoteta muutettavaksi ihmisten oikeutta kiireelliseen hoitoon tai esimerkiksi leikkausta vaativaan kiireettömään sairaanhoitoon. Esityksen seurauksena osalla väestöä etäisyys ympärivuorokautiseen yksikköön pidentyy, osalla merkittävästikin. Tällä voi olla kiireellisessä hoidossa kielteisiä vaikutuksia potilaille ja joidenkin potilaiden kohdalla myös hoidon ennusteeseen (ks. jakso 4.2.4). Kuitenkaan tälläkään hetkellä Suomessa ei ole lainsäädännössä turvattu sitä, että kaikki pääsisivät ympärivuorokautisten palveluiden piiriin esimerkiksi tietyn ajan sisällä. Terveystieteiden tutkimusten mukaan 50 §:n voimassa oleva sääntely on rakennettu siten, että eri puolilla maata sijaitsee eri palvelutason päivystysyksiköitä. Kaikkein laajimmin vaativaa erikoissairaanhoitoa, mukaan lukien kiireellistä sairaanhoitoa, on saatavissa vain yliopistollisissa sairaaloissa. Jaksoissa 2.1.2 ja 4.2.4.1. esiin tuodun mukaisesti osalla väestöä on jo nyt esimerkiksi yli 40 minuuttia tai yli tunti matkaa asuinpaikastaan ympärivuorokautisen hoidon yksikköön. Esityksen seurauksena tämän väestön osuus koko väestön tasolla jossain määrin lisääntyy, joskin painottuu voimakkaimmin maantieteellisesti Pohjois- ja Itä-Suomeen. Esityksen käytännön vaikutukset kohdistuvat siis erityisesti näillä alueilla asuviin ja oleskeleviin, joskaan ei ainoastaan heihin. Ihmiset myös liikkuvat ja

matkustavat ympäri Suomea, jolloin etäisyyden piteneminen ei siis koske ainoastaan muutosalueilla asuvia henkilöitä.

On myös huomattava, että päivystykseen kohdistuvilla muutoksilla tavoitellaan henkilöstön riittävyyden ja hoidon laadun turvaamista. TSS-komitean erittelyn mukaan terveysoikeuden elementtejä on saavutettavuuden lisäksi myös laatu ja saatavuus, jonka osa-elementti on riittävän ja osaavan hoitohenkilökunnan riittävyydestä huolehtiminen. Täten esityksellä on siis erisuuntaisia vaikutuksia terveysoikeuksien toteutumiseen.

Jos kuitenkin perusoikeuksien heikentämiseen liittyvän perustuslakivaliokunnan käytännön katsotaan liittyvän yleisesti siihen, että tietyn jo saavutettuun palvelutason heikennykset tulee käsitellä perusoikeuksien heikennystä koskevan perustuslakivaliokunnan käytännön mukaisesti, myös tätä esitystä voidaan arvioida tämän käytännön valossa. Perustuslakivaliokunta ei toisaalta käsitellyt edellistä päivystys- ja erikoissairaanhoidon keskittämisen uudistusta (HE 224/2016 vp – PeVL 63/2016 vp) 19 §:n heikennyksenä, mutta käsitteli sitä kielellisten oikeuksien toteutumisen heikennyksen kannalta yhteen sairaanhoitopiiriin kohdistuvien muutosten osalta.

Heikennys on yksilön kannalta vaikutuksiltaan melko samankaltainen mitä rajoitus, minkä johdosta heikennyksen sallittavuutta voidaan arvioida perusoikeuksien rajoittamista koskevien yleisten vaatimusten kautta, jotka perustuslakivaliokunta on johtanut perusoikeusjärjestelmän kokonaisuudesta ja oikeuksien luonteesta perustuslaissa turvattuina oikeuksina. Näitä ovat vaatimukset lailla säätämisestä, lain täsmällisyydestä ja tarkkarajaisuudesta, rajoituksen hyväksyttävyydestä, rajoituksen suhteellisuudesta, perusoikeuden ydinalueen koskemattomuudesta, oikeusturvajärjestelyjen riittävyydestä ja ihmisoikeusvelvoitteiden noudattamisesta. (PeVM 25/1994 vp, s. 4 – 5.) Perustuslakivaliokunnan mukaan selvää on se, että heikennys ei saa tehdä tyhjäksi perus- ja ihmisoikeusvelvoitteiden ydinsisältöä (esim. PeVL 14/2015 vp, s. 3).

Esityksen tavoitteena on vahvistaa Suomen kansallista erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja ympärivuorokautisten päivystysten palveluverkkoa siten, että se pystyy laadukkaasti, potilasturvallisesti ja kestävästi vastaamaan väestön palvelutarpeisiin nyt ja tulevaisuudessa. Esityksellä pyritään erityisesti turvaamaan henkilöstön ja erityisosaamisen riittävyyttä eri sairaaloihin ja muihin palveluihin keskittämällä vaativinta, henkilöresurssiriippuvaista ja varallaoloa edellyttävää toimintaa yliopistollisiin sairaaloihin ja keskussairaaloihin. Tavoitteena on näin lisätä hoidon yhdenvertaisuutta, laatua ja vaikuttavuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta, kun henkilökunnan osaaminen on varmistettu ja toiminta on tasalaatuista. Aikajänne on pidempi kuin vain lähivuodet, ja muutosesityksillä pyritään osaltaan reagoimaan demografisiin muutoksiin (ks. jakso 2.1.8), jotta palvelujärjestelmää voidaan kehittää hallitusti. Lisäksi tavoitellaan kansallisen sairaala- ja palveluverkoston ylläpidon taloudellista kestävyyttä.

Perustuslakivaliokunnan käytännössä on vakiintuneesti katsottu, että sosiaalisten oikeuksien mitoituksessa lainsäätäjälle asetetun toimintavelvoitteen luonteen mukaista on, että sosiaaliturvaa suunnitellaan ja kehitetään yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen mukaisesti ja että kansantalouden ja julkisen talouden tila voidaan ottaa huomioon mitoitettaessa sellaisia etuuksia, jotka julkinen valta välittömästi rahoittaa (ks. esim. PeVL 34/1996 vp, s. 2–3, PeVL 6/2009 vp, s. 8, PeVL 6/2015 vp, s. 2), ja säästötavoitteet voivat muodostaa hyväksyttävän perusteen puuttua jossain määrin myös perustuslaissa turvattujen oikeuksien tasoon (ks. PeVM 25/1994 vp ja esim. PeVL 25/2012 vp ja PeVL 44/2014 vp).

Esitys on osa hallituksen julkisen talouden vahvistamiseksi valitsemaa kokonaisuutta. Valtiovarainministeriön mukaan Suomen julkisen talouden velkaa kerryttävä alijäämä on mittava, ja näin julkisen talouden velkasuhteen vakauttaminen edellyttää nopeita ja merkittäviä toimenpiteitä seuraavien vuosien aikana. Hallituksen tavoite julkisen talouden tasapainottamiseksi edellyttääkin myös suoria säästötoimia. Julkisen talouden kestävyydellä hallitus tavoittelee sitä, että julkinen valta voi jatkossa vastata paremmin velvoitteistaan mukaan lukien perusoikeuksien toteutumisesta. Velkaantumiskehityksen taittamiseksi välttämättömät hallituskaudella toteutettavat säästötoimet ovat mittavat ja kohdistuvat laajasti yhteiskunnan eri sektoreille. Koska terveydenhuolto muodostaa niin merkittävän osan valtion kokonaismenoista, sitä ei hallituksen käsityksen mukaan ole tarvittavien säästötoimien mittakaava huomioiden mahdollista jättää kokonaan säästötoimien ulkopuolelle.

Hallituksen käsityksen mukaan myös henkilöstöresurssit ovat seikka, joka tulee huomioon sosiaali- ja terveyspalveluita suunniteltaessa ja kehitettäessä. Perustuslakivaliokunta on katsonut, että terveydenhuollon järjestäjien toimintaedellytysten turvaaminen, riittävien voimavarojen osoittaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin huolehtimalla muun muassa terveydenhuollon henkilöstön riittävyydestä ja asiantuntemuksesta sekä asianmukaisista toimitiloista ja toimintavälineistä, on olennainen tekijä perustuslain 19 §:n 3 momentista ja 22 §:stä johtuvia julkisen vallan velvoitteita täsmennettäessä ja toteutettaessa (PeVL 41/2010 vp, s. 2/II). Perustuslakivaliokunta on myös antanut lausuntoja hallituksen esityksistä, joiden sisältämien ehdotusten seurauksena sääntelyn toteutettavuus voi olla haastavaa henkilöstöresurssien niukkuuden vuoksi (ks. PeVL 38/2022 vp, PeVL 45/2021 vp, PeVL 15/2020 vp). Valiokunta on pitänyt tärkeänä, etteivät muut palvelut heikkene sen seurauksena, että henkilöstöä siirtyy uuden velvoitteen mukaisen toiminnan piiriin (henkilöstömitoitukset, hoitotakuusääntely). Perustuslakivaliokunta on tällaisissa sääntely-yhteyksissä korostanut seurannan merkitystä ja kehottanut valtioneuvostoa ryhtymään tarvittaessa korjaustoimiin (PeVL 45/2021 vp, kappale 18 ja 19; PeVL 38/2022 vp kappale 8). Perustuslain 22 §:n nojallakin valtioneuvoston on ryhdyttävä toimiin, jos esimerkiksi henkilöstöön liittyvistä syistä palvelujärjestelmän toimivuudessa havaitaan ongelmia tai jos esimerkiksi hallituksen arvion mukaan tiettyjen erikoissairaanhoidon palveluiden ylläpito kohdentaa resursseja epätarkoituksenmukaisesti pois muista palveluista.

Nykyinen terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momentin mukainen ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen järjestelmä ja muuten erikoissairaanhoidoa keskittävä järjestelmä luotiin perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella. Tämän uudistuksen myötä osalla sairaanhoitopiirejä, sittemmin hyvinvointialueita, on lakisääteinen velvoite järjestää laajempi ympärivuorokautinen päivystys kuin toisilla. Perustuslakivaliokunta arvioiessaan esitystä viittasi siihen, että julkisen talouden rahoituspohjaan vaikuttavat toimintaympäristön muutostekijät, kuten väestörakenteen muutos, edellyttävät tehokkaita toimenpiteitä muun muassa perustuslain 19 §:ssä tarkoitettujen sosiaalisten perusoikeuksien turvaamiseksi tulevaisuudessa (ks. PeVL 20/2013 vp, s. 3/II). Nämä näkökohdat, samoin kuin riittävän osaamisen ja asiakas- ja potilasturvallisuuden turvaaminen tiettyjä palveluita keskittämällä, ovat perustuslakivaliokunnan mielestä merkityksellisiä perustuslain 19 §:n 3 momentin kannalta. Se totesi, että hallituksen esityksessä oli käsitelty varsin seikkaperäisesti niitä hyötyjä, joita erityisesti vaativimpien hoitojen keskittämällä voidaan saavuttaa. Selvityksen perusteella oli pääteltävissä, että suuremmilla terveydenhuollon yksiköillä on nykyisiä [so. aiempia] rakenteita paremmat edellytykset turvata riittävä osaamistaso, parantaa potilasturvallisuutta ja taata harvinaisempien sairauksien hoidon tosiasiallinen saatavuus. Se, että muutos merkitsi palvelujen keskittämistä entistä harvalukuisempiin ja suurempiin yksiköihin, ei perustuslakivaliokunnan mielestä muodostunut valtiosääntöoikeudellisesti ongelmalliseksi. (PeVL 63/2016 vp, s. 2–3, 5). Päivystyssääntelyä sittemmin muutettiin tavalla, jota perustuslakivaliokunta piti kielellisten oikeuksien parhaiten toteuttavana ratkaisuna jo mainitun

hallituksen esityksen käsittelyn yhteydessä (ks. PeVL 63/2016 vp, s.5–6 koskien Vaasan sairaanhoitopiiriin oikeutta laajan päivystyksen yksikön ylläpitoon, joka toteutettiin lailla terveydenhuoltolain muuttamisesta 1214/2019, HE 38/2019 vp).

Esityksen myötä mahdollisuus ylläpitää väestölle avointa monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä (voimassa olevan lain mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ympärivuorokautista yhteispäivystystä), joissa sellainen nykyään on, lakkaisi neljällä paikkakunnalla. Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueella tällainen päivystys lakkaisi Länsi-Pohjan (Kemi) ja Savonlinnan sairaaloista, mutta alueilla edelleen olisi tällainen päivystys Rovaniemen ja Mikkelin sairaaloissa. Tausta sille, että näillä hyvinvointialueilla on mahdollisuus kahden tällaisen yksikön ylläpitoon, on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva uudistus. Käytännön seurauksena hyvinvointialuejaosta ja terveydenhuoltolain sääntelystä seurasi, että Etelä-Savossa ja Lapissa ei ilman erillissääntelyä olisi voinut ylläpitää kahta ympärivuorokautista yhteispäivystystä. Voimaannpanolaissa säädettiin 59 §, jossa näille hyvinvointialueille säädettiin mahdollisuus ylläpitää enempää kuin yhtä tällaista päivystystä vuoden 2032 loppuun eli 10 vuoden ajaksi (ks. 2.3.2.3). Perustuslakivaliokunta ei sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevassa lausunnossaan (PeVL 17/2021 vp) lausunut asiasta, mutta ei siis myöskään esittänyt ehdotukseen valtiosääntöoikeudellisia huomautuksia. Kun edellisellä hallituskaudella annettiin lakiesitys, jonka myötä tämä mahdollisuus ylläpitää kahta yhteispäivystysyksikköä säädettiin toistaiseksi voimassa olevaksi, ja säädettiin alueille myönnettävästä erilliskorvauksesta, perustuslakivaliokunta käsitteli asiaa erilliskorvauksen osalta ja rahoitukseen liittyvänä yhdenvertaisuuskysymyksenä. Valiokunta ei erikseen lausunut esimerkiksi siitä, minkä laajuinen ympärivuorokautisen päivystyksen palveluverkko näillä hyvinvointialueilla tulee olla (PeVL 105/2022 vp).

Esityksen myötä Pirkanmaan, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueet, jotka ylläpitävät yliopistollista sairaalaa, eivät voisi jatkossa ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä muissa sairaaloissaan kuin yliopistollisessa sairaalassaan. Perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämistä rajattaisiin siten, että tällaista päivystystä olisi mahdollisuus ylläpitää vain laissa säädetyillä paikkakunnilla.

Sääntelyä arvioitaessa on merkityksellistä, että niissä paikkakunnilla, joissa nyt järjestetään päivystystä, mutta joissa lakimuutoksen myötä ei voisi järjestää päivystystä tai päivystyksen laajuus kapenisi, ei päivystyksen järjestäminen tälläkään hetkellä ole velvoite, vaan mahdollisuus. Länsi-Pohjan (Kemi), Savonlinnan, Oulaisten ja Salon sairaaloiden osalta laissa säädetään mahdollisuus ylläpitää ympärivuorokautista yhteispäivystystä, ja perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen osalta toiminnan ylläpidon mahdollistaa sosiaali- ja terveysministeriön myöntämä poikkeuslupa, ja ministeriöllä on jo siis nyt toimivalta lupa myös evätä. Laissa ei säädetä tällä hetkellä, missä paikkakunnilla päivystystä on järjestettävä, vaan säädetään hyvinvointialueen velvoitteesta ylläpitää päivystystä keskussairaalassaan. Käytännössä kuitenkin se, mihin sairaalaan pykälissä viitattu keskussairaala viittaa, on yleisesti tunnettu asia, ja esimerkiksi selostettu lain esitöissä (HE 224/2016 vp). Lapin ja Etelä-Savon osalta taas Lapin keskussairaala ja Mikkelin keskussairaala ovat oman hyvinvointialueensa pääsairaalaksi katsottavia keskussairaloita (ks. jakso 2.3.2.3). Esitettyjen muutosten vaikutukset eivät käytännössä kohdistu niihin sairaaloihin, jossa ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpito on tällä hetkellä velvollisuus/jo nyt ovat alueensa pääsairaloita. Länsi-Pohjan ja Savonlinnan sairaaloihin jäisi myös mahdollisuus ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon tai rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä. Merkityksellistä myös olisi, että erittäin pitkien etäisyyksien takia ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä olisi mahdollista ylläpitää Ivalossa ja Kuusamossa.

Oulaisten, Salon ja Valkeakosken sekä Länsi-Pohjan ja Savonlinnan sairaaloissa voisi edelleen olla hyvinvointialueen päättämänä eri erikoisalojen poliklinikkatoimintaa sekä klo 7–22 välisenä aikana väestölle avoimia eli uusien potilaiden vastaanottoa varten resurssoituja päivystyspalveluita sekä perusterveydenhuolto- että erikoissairaanhoitotasoisena. Lisäksi näissä sairaaloissa voisi olla hyvinvointialueen päätöksen mukaisia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, esimerkiksi sisätautien, vuodeosastoja, mutta ei kuitenkaan kirurgisia vuodeosastoja. Myös esimerkiksi valvontaosasto olisi mahdollista, mikäli osaaminen ja potilasturvallisuus on hyvinvointialueen toimesta varmistettu. Kuitenkin myös päiväaikaan sellaiset potilaat, joiden potilasturvallinen hoito edellyttäisi monierikoisalaista yöaikaista päivystystä tai ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta, ohjattaisiin jatkossa keskus- ja yliopistollisiin sairaaloihin. Kello 07–22 välillä kaikki hyvinvointialueet, siis muutkin kuin näitä nimettyjä sairaaloita ylläpitävät, voisivat päättää sairaaloidensa ja toimintayksiköidensä väestölle avoimen kiireellisen hoidon toteuttamisesta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osalta.

Kaikissa sairaaloissa ja muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä saisi edelleen ylläpitää kyseisen sairaalan tai terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastoilla jo olevien potilaiden potilasturvallisen hoidon kannalta tarpeellista, niin sanottua sairaalan sisäistä, ympärivuorokautista lääkäripäivystystä.

HUS-yhtymällä olisi jatkossakin oikeus ylläpitää useampaa kuin yhtä monierikoisalaista ympärivuorokautisesti päivystävää yksikköä päivystävien yksiköiden määrää lainsäädännössä rajoittamatta. Lisäksi jatkossa HUS-yhtymä voisi ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä Raaseporissa. Tilanne käytännössä vastaa nykytilaa, joskaan HUS-yhtymälläkään ei olisi jatkossa mahdollisuutta ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä muilla paikkakunnilla kuin Raaseporissa. Raaseporissa ei tosin tällä hetkellä ylläpidetä yöaikaista päivystystä alueelliseen päätökseen perustuen.

Perustuslakivaliokunta arvioi Uudenmaan järjestämisvastuuta koskevaa erillisratkaisua sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevassa lausunnossaan. Perustuslakivaliokunta viittasi siihen, että hallituksen esityksessä Uudenmaan erillisratkaisua perusteltiin sillä, että Uudellamaalla toiminnalliset lähtökohdat poikkeavat muusta maasta. Uudenmaan jaon useampaan järjestämisvastuussa olevaan tahoon mahdollistavat perustelujen mukaan alueen muuta maata suurempi väestöpohja ja henkilöstön osaamista koskeva laaja resurssipohja. Esityksen perusteluissa asiaa perusteltiin muun ohella tavoitteella turvata myös HUS:n toiminta, jolla on sekä Uudellamaalla että yhteistoiminta-alueella alueellisesti ja valtakunnallisesti keskitettyjä erikoissairaanhoidon tehtäviä, joiden hoito tulee uudistuksessa turvata. Perustuslakivaliokunnan mielestä erillisratkaisulle on hyväksyttävät perustelut. (PeVL 17/2021 vp, kohta 115 ja 116) Perustuslakivaliokunnan lausunnossa PeVL 17/2021 vp hyväksymien perusteiden arvioidaan puoltavan myös tässä esityksessä ehdotettuja HUS-yhtymää koskevia säännöksiä, joiden myötä HUS-yhtymällä on hyvinvointialueita enemmän päätösvaltaa palveluverkkonsa määrittelyssä.

Esityksellä lievennettäisiin voimassa olevan lain edellytystä, jonka mukaan leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys (ympärivuorokautinen yhteispäivystys). Osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voisi suorittaa myös nimetyissä sairaaloissa, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Eräitä muita toimenpiteitä voisi suorittaa myös muissa toimintayksiköissä. Laissa selkeytettäisiin sääntelyä siitä, millä edellytyksin leikkauksia ja muita tiettyjä toimenpiteitä voisi hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta. Potilasturvallisuutta

turvattaisiin muun muassa säätämällä leikkaustoiminnan suorittamisen edellytyksistä ja sillä, että leikkauksista ja toimenpiteistä säädettäisiin tarkemmin asetuksella. Ehdotuksen tavoitteena on parantaa hoitojen saatavuutta. Yksityisen palvelutuotannon hankinnan nykyistä laajemmalla mahdollistamisella olisi yhteys perustuslain 18 §:ssä suojattuun oikeuteen työhön ja elinkeinonvapauteen. Esityksessä ei esitetä muutettavan perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella (PeVL 17/2021 vp) säädettyä järjestämislain palveluiden hankintaa koskevaa sääntelyä.

Hallituksen käsityksen mukaan koko väestölle jatkossakin on tarjolla riittävät kiireellisen hoidon ja erikoissairaanhoidon terveydenhuollon palvelut perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momentin edellyttämällä tavalla. Hallituksen käsityksen mukaan henkilöstön riittävyyteen turvaamiseen ja palvelujärjestelmän toimivuuden varmistamiseen liittyvät seikat puoltavat sitä, että päivystystä koskevaa palveluverkkoa voidaan myös supistaa ja palveluita koota isompiin yksiköihin. Hallituksen käsityksen mukaan ehdotetuilla muutoksilla ei puututa 19 §:n ydinalueeseen tai puututa ihmisoikeussopimuksissa turvattuihin oikeuksiin määräysten vastaisesti, eikä esitys ole myöskään perustuslain 6 §:n vastainen.

Kielelliset oikeudet

Perustuslakivaliokunta totesi edellistä päivystys- ja keskittämisuudista arvioidessaan, että ehdotetun uudistuksen toteuttamistapaa on syytä tarkastella myös muiden perustuslain säännösten kuin sosiaalisten perusoikeuksien valossa, viitaten esimerkiksi perustuslain 17 §:ssä turvattuihin kielellisiin oikeuksiin (PeVL 63/2016 vp, s. 3, ks. myös PeVL 67/2014 vp, s. 4).

Perustuslain 17 §:n 2 momentin mukaan jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla. Julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslain säännös edellyttää paitsi näiden kielten muodollisesti yhdenvertaista kohtelua, myös suomen- ja ruotsinkielisen väestön tosiasiallisen tasa-arvon turvaamista. Säännöksellä on merkitystä esimerkiksi yhteiskunnallisten palvelujen järjestämisessä (HE 309/1993 vp, s. 65). Perustuslakivaliokunta on pitänyt selvänä, että päivystyksen järjestäminen ja erikoissairaanhoidon koskeva sääntely kuuluvat perustuslain 17 §:n 2 momentissa tarkoitettujen yhteiskunnallisten tarpeiden piiriin. Valiokunta on myös todennut, että kieli ja potilaan tarve tulla ymmärretyksi on tärkeä osa potilasturvallisuutta. (PeVL 63/2016 vp, 4–5)

Kielellisiin oikeuksiin viitataan myös perustuslain 122 §:n 1 momentissa, jonka mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Tärkeää lainkohdan perustelujen mukaan on, että hallintoa järjestettäessä otetaan huomioon kielelliset perusoikeudet sekä turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään. Säännöksessä korostetaan kielellisen yhdenvertaisuuden vaatimusta edellyttämällä näiden mahdollisuuksien turvaamista samanlaisten perusteiden mukaan (HE 1/1998 vp, s. 177/I).

Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamen kieltä koskeva perustuslain säännös edellyttää, että lailla on turvattu saamelaisille yksilöllinen oikeus asioida viranomaisessa äidinkielellään laissa tarkemmin säädetystä laajuudesta (HE 309/1993 vp, s. 65/II). Perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaan saamelaisilla on saamelaisten kotiseutualueella kieltään ja kulttuuriaan koskeva itsehallinto sen mukaan kuin lailla säädetään. Laissa saamelaiskäräjistä säädetään

saamelaisten omaa kieltään ja kulttuuriaan perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan koskevasta itsehallinnosta saamelaisten kotiseutualueella.

Tällä esityksellä ei arvioida olevan merkittäviä vaikutuksia ruotsinkielisen tai saamenkielisten väestön asemaan. Esityksellä ei kavennettaisi hyvinvointialueiden joko velvoitetta (monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys) tai mahdollisuutta (perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys) ylläpitää päivystystä alueilla, joissa valtaosa väestöstä on ruotsinkielisiä. Kielellisten oikeuksien toteutumisen turvaamiseksi laissa säädettäisiin, että Pietarsaaressa ja Raaseporissa on hyvinvointialueen päätöksen perusteella mahdollisuus ylläpitää perusterveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä. Ivalossa, joka sijaitsee saamelaisten kotiseutualueella, olisi edelleen mahdollisuus ylläpitää perusterveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä. Lapin hyvinvointialueella Kemian sairaala on kauempana saamelaisten kotiseutualueesta kuin Rovaniemen sairaala. Riippumatta siitä, millaisia muutoksia palveluverkkoon tehdään joko lainsäädännön tai alueellisten päätösten seurauksena, esitys ei muuta perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella säädetyn järjestämislain 5 §:n palveluiden kieltä koskevaa sääntelyä.

Alueellinen itsehallinto

Perustuslain 121 §:n 1 momentin mukaan Suomi jakaantuu kuntiin, joiden hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Pykälän 4 momentin mukaan itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Perustuslakivaliokunta on korostanut kuntia suurempien alueiden itsehallinnon välttämättöminä peruselementteinä itsehallinnon kansanvaltaista perustaa ja siihen nojautuvaa demokraattista päätöksentekoa sekä maakunnan tehtävien ja hallinnon lakiperustaa. Itsehallinnon yhtenä takeena edellytetään tiettyä laintasoisuutta, millä on merkitystä suhteessa hyvinvointialueiden hallinnon järjestämiseen ja niiden rahoitukseen (PeVL 17/2021 vp, kappale 34). (PeVL 17/2021 vp, kohta 9, 17, 34, PeVL 26/2017 vp, s. 18-30).

Esityksessä säädettäisiin lainsäädännöllä voimakkaasti ohjaten päivystävistä sairaaloista. Perustuslakivaliokunta on arvioinut, ettei perustuslainsäätäjän voida katsoa tarkoittaneen kuntaa suurempien alueiden itsehallinnon olevan samanlaista kuin kunnan asukkaiden itsehallinto. (PeVL 17/2021 vp, kohta 15, PeVL 26/2017 vp, s. 20) Valiokunta on kiinnittänyt huomiota siihen, että valtion ohjauksen, tehtävien järjestämistapaa koskevien rajoitusten ja rahoitusmallin vuoksi hyvinvointialueiden itsehallinto jää varsin ohueksi. Valiokunta kuitenkin on esittänyt käsityksensä, että sosiaalisten perusoikeuksien turvaaminen edellyttää erityisesti tällaisen hallinnollisen muutoksen yhteydessä sellaista valtiollista ohjausta ja valvontaa, jota muuten voitaisiin pitää perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaisen itsehallinnon toteutumisen kokonaisarvioinnissa valtiosääntöisesti jossain määrin ongelmallisena (PeVL 17/2021 vp, kohta 27, PeVL 26/2017 vp, s. 21).

Esitystä alueellisen itsehallinnon näkökulmasta arvioidessa on huomattava, että perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella säädetystä terveydenhuoltolain 50 §:ssä ja erikoissairaanhoidon keskittämistä koskevassa 45 §:ssä sekä erikoissairaanhoidon keskittämisasetuksessa ohjataan normeilla jo nyt voimakkaasti sitä, millaista toimintaa missäkin sairaalassa voi olla. Tässä esityksessä kuitenkin vielä rajoitettaisiin niiden hyvinvointialueiden mahdollisuuksia ylläpitää useampaa kuin yhtä ympärivuorokautista monierikoisalaista päivystysyksikköä, joille se voimassa olevan lain mukaan on sallittua. Valtaosassa hyvinvointialueita ei tälläkään hetkellä ole tätä mahdollisuutta. Perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen osalta vaikutukset alueelliseen itsehallintoon ovat kahden suuntaisia, sillä päätös ylläpitää tällaista päivystystä perustuisi hyvinvointialueen päätökseen

eikä sosiaali- ja terveysministeriön poikkeuslupaa jatkossa enää tarvittaisi. Toisaalta tällaisia päivystysyksiköitä voisi ylläpitää ainoastaan laissa säädetyillä paikkakunnilla.

Päivystys- ja sairaalajärjestelmällä turvataan keskeisellä tavoin perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momentissa säädettyjen perusoikeuksien toteutumista, mikä puoltaa mahdollisuutta ohjata lainsäädännöllä toimintaa voimakkaastikin. Ehdotetut muutokset eivät merkittäväällä tavalla poikkea luonteeltaan jo voimassa olevassa laissa olevasta säädösohjauksen tasosta. Hallituksen käsityksen mukaan esitys ei muodostu ongelmalliseksi alueellisen itsehallinnon näkökulmasta.

Hallituksen käsityksen mukaan ehdotukset ovat perustuslain mukaisia. Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotukset voidaan säätää tavallisen lain säätämisjärjestyksessä. Koska kuitenkin esityksellä on vaikutuksia erityisesti perustuslain 19 §:n toteutumisen kannalta, hallitus pitää suotavana, että perustuslakivaliokunta antaa esityksestä lausunnon.

Ponsi

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäviksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

Laki

terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 ja 50 § sekä 50 a §:n 3 momentti, sellaisina kuin ne ovat, 45 § laeissa 1516/2016 ja 581/2022, 50 § laeissa 1516/2016, 581/2022 ja 1281/2022 sekä 50 a §:n 3 momentti laissa 1516/2016, seuraavasti:

45 §

Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen

Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoido on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taikka useamman hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän hoidettaviksi.

Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoido kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidoa kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin päivystyksiköihin. Valtioneuvoston asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee keskittää 50 §:n 3–5 momentissa tarkoitettuihin sairaaloihin, joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys.

Sen estämättä, mitä 3 momentissa säädetään, osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voidaan suorittaa myös hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa tai Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloilla taikka HUS-yhtymän sairaaloissa, jos asiasta on sovittu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:ssä tarkoitettussa yhteistyösopimuksessa. Leikkaustoiminnan ylläpitäminen näissä sairaaloissa ei saa vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloissa tai keskussairaaloissa taikka hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista. Hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän on myös varmistettava osaaminen, laatu ja potilasturvallisuus.

Sellaisia anestesialogista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativia kevyitä toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa muussakin toimitilassa kuin leikkaussalissa ja jotka edellyttävät vain lyhytaikaista potilaan jälkiseurantaa, voidaan lisäksi tehdä muussakin terveydenhuollon toimintayksikössä, jos hyvinvointialue, Helsingin kaupunki tai HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen.

Edellä 3 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa hyvinvointialue ja HUS-yhtymä saavat hankkia vain sellaiselta yksityiseltä palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen 50 §:n 3 tai 4

momentissa tarkoitetun yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys.

Hyvinvointialue, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä saavat lisäksi hankkia myös muulta kuin 6 momentissa tarkoitetulta yksityiseltä palveluntuottajalta 4 ja 5 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä. Yksityiseltä palveluntuottajalta saa hankkia sellaisia lonkan ja polven primaareja tekonivelleikkauksia, jotka potilaskohtaisesti soveltuvat ja suunnitellaan tehtäväksi päiväkirurgisena toimenpiteenä. Edellytyksenä lonkan ja polven primaarien tekonivelleikkausten hankinnalle on lisäksi, että 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella vaarassa jäädä toteutumatta.

Edellytyksenä leikkausten ja muiden toimenpiteiden hankinnalle on, että hyvinvointialue tai HUS-yhtymä varmistaa yhdessä palveluntuottajan kanssa toiminnan osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden sekä käytännöt potilaan siirtämiseksi yliopistolliseen sairaalaan tai keskussairaalaan, jos leikkaus tai muu toimenpide vaatii jatkohoitoa sairaalassa. Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän on sovittava yhteistyösopimuksessa periaatteista, joiden mukaisesti hyvinvointialue tai HUS-yhtymä voi hankkia leikkaustoimintaa yksityisiltä palveluntuottajilta.

Sellaisten hyvinvointialueiden, joissa on yliopistollinen sairaala, ja HUS-yhtymän on sovittava yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoidoa antavista yksiköistä. Jos hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto kootaan tai, jos sopimus ei täytä laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä.

Valtioneuvoston asetuksella:

1) säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän ja niiden sairaaloiden työnjaosta, keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä 4, 5 ja 7 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä;

2) voidaan säätää hoitoa antavista yksiköistä, 3 ja 6 momentissa tarkoitettua leikkaustoiminnasta sekä tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täytyä työnjakoa ja keskittämistä toteutettaessa.

50 §

Kiireellinen hoito

Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyden hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan myös hoitoa, joka johtuu päihteiden käytöstä johtuvasta välittömästä vieroitushoidon tarpeesta. Hyvinvointialueen sekä Uudellamaalla hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän on järjestettävä toiminta siten, että kiireellisissä tilanteissa potilas saa kaikkina vuorokaudenaikoina välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon.

Hyvinvointialueen sekä Uudellamaalla hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin on järjestettävä terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanottotoiminta terveydenhuollon toimintayksikössä, jos väestön palvelutarve ja palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää. Tällainen kiireellinen vastaanottotoiminta on järjestettävä siten, että se muodostaa muiden palveluiden kanssa toiminnallisen kokonaisuuden.

HUS-yhtymän Helsingissä, Pirkanmaan hyvinvointialueen Tampereella, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen Oulussa, Pohjois-Savon hyvinvointialueen Kuopiossa ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueen Turussa yliopistollisessa sairaalassaan sekä Etelä-Karjalan

hyvinvointialueen Lappeenrannassa, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen Seinäjoella, Keski-Suomen hyvinvointialueen Jyväskylässä, Lapin hyvinvointialueen Rovaniemellä, Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen Joensuussa, Pohjanmaan hyvinvointialueen Vaasassa, Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Lahdessa ja Satakunnan hyvinvointialueen Porissa keskussairaalaan on järjestettävä monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Tällaisen ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön tulee tukea muita päivystysyksiköitä.

Etelä-Savon hyvinvointialueen Mikkelissä, Kainuun hyvinvointialueen Kajaanissa, Kanta-Hämeen hyvinvointialueen Hämeenlinnassa, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen Kokkolassa ja Kymenlaakson hyvinvointialueen Kotkassa on järjestettävä keskussairaalaan monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys, jossa on tarvittavien erikoisalojen riittävä osaaminen ja valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitamiseksi. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:ssä tarkoitetussa yhteistyösopimuksessa voidaan sopia väestön palvelutarpeen, palvelujen saavutettavuuden ja väestön kielellisten oikeuksien toteutumisen kannalta tarpeellisten muiden erikoisalojen päivystyksestä näissä sairaaloissa.

HUS-yhtymä voi päätöksensä perusteella järjestää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä sairaaloissaan myös muilla HUS-yhtymän alueella sijaitsevilla paikkakunnilla.

Ympäri- ja vuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä saa ylläpitää Lapin hyvinvointialue Ivalossa, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Kuusamossa ja Kymenlaakson hyvinvointialue Kouvolassa. Lapin hyvinvointialue Kemissä ja Etelä-Savon hyvinvointialue Savonlinnassa saavat ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä tai vaihtoehtoisesti sellaista rajattua ympärivuorokautista erikoissairaanhoidon päivystystä, joka tukee sairaalan ja sen erikoissairaanhoidon vuodeosastojen toimintaa ja alueen hoitoketjuja, mutta ei kuitenkaan ole monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys. Edellytyksenä ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpidolle edellä mainituilla paikkakunnilla on, että palveluiden saavutettavuus edellyttää tällaisen päivystyksen ylläpitoa eikä väestön tarvitsemia kiireellisen hoidon palveluita voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun ja muiden päivystysyksiköiden avulla. Lisäksi Pohjanmaan hyvinvointialue Pietarsaareissa ja HUS-yhtymä Raaseporissa saa ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä, jos ylläpito tukee kielellisten oikeuksien toteutumista.

Ympäri- ja vuorokautista väestölle avointa terveydenhuollon päivystystä saa järjestää ainoastaan 3–6 momentissa tarkoitetuilla paikkakunnilla sijaitsevista sairaaloista tai terveydenhuollon toimintayksiköistä. Kaikissa sairaaloista ja terveydenhuollon toimintayksiköistä saa kuitenkin ylläpitää kyseisen sairaalan tai terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastoilla jo olevien potilaiden potilasturvallisen toiminnan kannalta tarpeellista ympärivuorokautista päivystystä. Synnytystoimintaa saa järjestää 3–5 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa, jos synnytysten hoitamista koskevat muut säädetyt edellytykset täyttyvät.

Päivystävissä yksiköissä on oltava riittävät hoidon laadun, vaikuttavuuden ja potilasturvallisuuden edellyttämät voimavarat ja osaaminen. Ympäri- ja vuorokautisesta päivystyksestä päätettäessä ja yhteistyösopimuksessa siitä sovittaessa on otettava huomioon väestön palvelutarve, päivystyspisteiden väliset etäisyydet, ensihoitopalvelu, henkilöstön riittävyys ja hyvinvointialueiden taloudellinen kantokyky sekä hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuun toteutuminen. Päivystyksestä päätettäessä ja siitä sovittaessa on otettava huomioon hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän mahdollisuus tehdä yhteistyötä muidenkin kuin samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän kanssa.

Päivystyksen järjestämisen erikoisaloilta edellytyksistä annetaan tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella säädetään synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää

luvan poiketa synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Kiireellisen hoidon antamisen perusteista sekä kiireellisen vastaanottotoiminnan ja ympärivuorokautisesti päivystävän yksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, synnytystä koskevan poikkeusluvan myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä voidaan antaa tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella.

50 a §

Terveystenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö

Kiireellisessä tilanteessa terveydenhuollon ammattihenkilön on otettava yhteyttä sosiaalipäivystykseen. Edellä 50 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitetuissa päivystysyksiköissä sosiaalipäivystystä on toteutettava terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Lapin hyvinvointialueen Kemissä, Pohjois-Pohjanmaa hyvinvointialueen Oulaisissa, Varsinais-Suomen hyvinvointialueen Salossa, Etelä-Savon hyvinvointialueen Savonlinnassa ja Pirkanmaan hyvinvointialueen Valkeakoskella sijaitsevista sairaaloista sekä niissä HUS-yhtymän sairaaloista, joissa ei ylläpidetä ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, saa suorittaa väliaikaisesti päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia, jos tällä lailla muutettavan lain 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on vaarassa hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella jäädä toteutumatta eikä hyvinvointialue tai HUS-yhtymä pysty hankkimaan riittävästi näitä leikkauksia muilta hyvinvointialueilta. Edellytyksenä on lisäksi, että tämän lain 45 §:n 4 momentissa leikkaustoiminnalle säädetty edellytykset täyttyvät. Näitä leikkauksia saa suorittaa mainituissa sairaaloissa kuitenkin vain 30 päivään kesäkuuta 2028 saakka.

Pohjois-Savon hyvinvointialueella Iisalmessa ja Varkaudessa saa ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystystä 31 päivään joulukuuta 2025 saakka tämän lain voimaan tullessa voimassa olleen sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön myöntämän luvan mukaisesti.

2.

Laki

terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan väliaikaisesti terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 § ja 50 §:n 7 momentti, sellaisina kuin ne ovat, 45 § laeissa 1516/2016 ja 581/2022 sekä 50 §:n 7 momentti laissa 1516/2016, seuraavasti:

45 §

Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen

Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoito on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden tai useamman valtakunnallisen toimijan hoidettaviksi.

Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoitoa kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin. Valtioneuvoston asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Sen estämättä, mitä 3 momentissa säädetään, osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voidaan suorittaa myös hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa tai Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa taikka HUS-yhtymän sairaaloissa, vaikka niissä ei ylläpidetä ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä. Päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia voidaan väliaikaisesti suorittaa näissä sairaaloissa, jos 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on vaarassa hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella jäädä toteutumatta eikä hyvinvointialue tai HUS-yhtymä pysty hankkimaan riittävästi näitä leikkauksia muilta hyvinvointialueilta. Leikkaustoiminnan ylläpitäminen näissä sairaaloissa ei saa vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloissa tai keskussairaaloissa taikka hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista. Hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän on myös varmistettava osaaminen, laatu ja potilasturvallisuus.

Sellaisia anestesialogista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativia kevyitä toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa muussakin toimitilassa kuin leikkaussalissa ja jotka edellyttävät vain lyhytaikaista potilaan jälkiseurainta, voidaan lisäksi

tehdä muussakin terveydenhuollon toimintayksikössä, jos hyvinvointialue, Helsingin kaupunki tai HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen.

Edellä 3 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa hyvinvointialue ja HUS-yhtymä saavat hankkia vain sellaiselta yksityiseltä palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys.

Hyvinvointialue, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä saavat lisäksi hankkia myös muulta kuin 6 momentissa tarkoitettulta yksityiseltä palveluntuottajalta 4 ja 5 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä. Yksityiseltä palveluntuottajalta saa hankkia sellaisia lonkan ja polven primaareja tekonivelleikkauksia, jotka potilaskohtaisesti soveltuvat ja suunnitellaan tehtäväksi päiväkirurgisena toimenpiteenä. Edellytyksenä lonkan ja polven primaarien tekonivelleikkausten hankinnalle on lisäksi, että 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on vaarassa jäädä toteutumatta.

Edellytyksenä leikkausten ja muiden toimenpiteiden hankinnalle on, että hyvinvointialue tai HUS-yhtymä varmistaa yhdessä palveluntuottajan kanssa toiminnan osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden sekä käytännöt potilaan siirtämiseksi yliopistolliseen sairaalaan tai keskussairaalaan, jos leikkaus tai muu toimenpide vaatii jatkohoitoa sairaalassa.

Sellaisten hyvinvointialueiden, joissa on yliopistollinen sairaala, ja HUS-yhtymän on sovittava yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoitoa antavista yksiköistä. Jos hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto kootaan tai, jos sopimus ei täytä laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä.

Valtioneuvoston asetuksella:

1) säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän ja niiden sairaaloiden työnjaosta, keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä 4, 5 ja 7 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä;

2) voidaan säätää hoitoa antavista yksiköistä, 3 ja 6 momentissa tarkoitettua leikkaustoiminnasta sekä tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täytyä työnjakoa ja keskittämistä toteutettaessa.

50 §

Kiireellinen hoito

Päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annetaan tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella säädetään synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa kyseisistä edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanottotoiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, poikkeuslupien myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä voidaan antaa tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 ja se on voimassa 30 päivään syyskuuta 2025.

3.

Laki

sosiaalihuoltolain 29 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) 29 a §:n 1 momentti, sellaisena kuin se on laissa 589/2022, seuraavasti:

29 a §

Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyö

Sosiaalipäivystystä on järjestettävä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitetun päivystysyksikön yhteydessä. Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä vastaavat ne hyvinvointialueet, joiden alueella tässä momentissa tarkoitetut terveydenhuollon toimintayksiköt sijaitsevat.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

4.

Laki

sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta annetun lain 59 §:n kumoamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 §

Tällä lailla kumotaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta annetun lain (616/2021) 59 §, sellaisena kuin se on laissa 429/2023.

2 §

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Helsingissä 3.10.2024

Pääministeri

Petteri Orpo

Sosiaali- ja terveysministeri Kaisa Juuso

1.

Laki

terveydenhuoltolain muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 ja 50 § sekä 50 a §:n 3 momentti, sellaisina kuin ne ovat, 45 § laeissa 1516/2016 ja 581/2022, 50 § laeissa 1516/2016, 581/2022 ja 1281/2022 sekä 50 a §:n 3 momentti laissa 1516/2016, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

45 §

45 §

Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen

Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen

Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden tai useamman valtakunnallisen toimijan hoidettaviksi.

Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidon kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen

Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taikka useamman hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän hoidettaviksi.

Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidon kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin päivystysyksiköihin. Valtioneuvoston

yksiköihin. Valtioneuvoston asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee keskittää 50 §:n 3–5 momentissa tarkoitettuihin sairaaloihin, joissa on monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys.

Sen estämättä, mitä 3 momentissa säädetään, osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voidaan suorittaa myös hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa tai Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloilla taikka HUS-yhtymän sairaaloilla, jos asiasta on sovittu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:ssä tarkoitetussa yhteistyösopimuksessa. Leikkaustoiminnan ylläpitäminen näissä sairaaloilla ei saa vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloilla tai keskussairaaloilla taikka hyvinvointi-alueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista. Hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän on myös varmistettava osaaminen, laatu ja potilasturvallisuus.

Sellaisia anestesialogista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativia kevyitä toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa muussakin toimitilassa kuin leikkaussalissa ja jotka edellyttävät vain lyhytaikaista potilaan jälkiseurantaa, voidaan lisäksi tehdä muussakin terveydenhuollon toimintayksikössä, jos hyvinvointialue, Helsingin kaupunki tai HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen.

Edellä 3 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa hyvinvointialue ja HUS-yhtymä saavat hankkia vain sellaiselta yksityiseltä palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen 50 §:n 3 tai 4 momentissa tarkoitetun yliopistollisen sairaalan tai

keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys.

Hyvinvointialue, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä saavat lisäksi hankkia myös muulta kuin 6 momentissa tarkoitettulta yksityiseltä palveluntuottajalta 4 ja 5 momentissa tarkoitettu- ja leikkauksia ja toimenpiteitä. Yksityiseltä palveluntuottajalta saa hankkia sellaisia lonkan ja polven primaareja tekonivelleikkauksia, jotka potilaskohtaisesti soveltuvat ja suunnitellaan tehtäväksi päiväkirurgisena toimenpiteenä. Edellytyksenä lonkan ja polven primaarien tekonivelleikkausten hankinnalle on lisäksi, että 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella vaarassa jäädä toteutumatta.

Edellytyksenä leikkausten ja muiden toimenpiteiden hankinnalle on, että hyvinvointialue tai HUS-yhtymä varmistaa yhdessä palveluntuottajan kanssa toiminnan osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden sekä käytännöt potilaan siirtämiseksi yliopistolliseen sairaalaan tai keskussairaalaan, jos leikkaus tai muu toimenpide vaatii jatkohoitoa sairaalassa. Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän on sovittava yhteistyösopimuksessa periaatteista, joiden mukaisesti hyvinvointialue tai HUS-yhtymä voi hankkia leikkaustoimintaa yksityisiltä palveluntuottajilta.

Sellaisten hyvinvointialueiden, joissa on yliopistollinen sairaala, ja HUS-yhtymän on sovittava yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoitoa antavista yksiköistä. Jos hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto kootaan tai, jos sopimus ei täytä laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä.

Hyvinvointialueiden, joissa on yliopistollinen sairaala, sekä HUS-yhtymän on sovittava yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoitoa antavista yksiköistä. Jos hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto kootaan tai, jos sopimus ei täytä laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä. Alueellisesti keskitettävästä hoidosta ja toiminnan yhteen sovittamisesta määrätään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun

lain 36 §:ssä säädettyssä yhteistyösopimuksessa.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä sekä keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täyttyä keskittämistä toteutettaessa.

Valtioneuvoston asetuksella:

1) säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän ja niiden sairaaloiden työnjaosta, keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä 4, 5 ja 7 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä;

2) voidaan säätää hoitoa antavista yksiköistä, 3 ja 6 momentissa tarkoitettusta leikkaustoiminnasta sekä tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täyttyä työnjakoa ja keskittämistä toteutettaessa.

50 §

Kiireellinen hoito

Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyden hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan myös päihteiden käytöstä johtuvaa välitöntä vieroitushoidon tarvetta.

Kiireellisen hoidon antamista varten hyvinvointialueen on järjestettävä vastaanottotoiminta siten, että potilas saa arkipäivisin ilmoitettuna aikana välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon kiireellisissä tapauksissa lähellä

50 §

Kiireellinen hoito

Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyden hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan myös hoitoa, joka johtuu päihteiden käytöstä johtuvasta välittömästä vieroitushoidon tarpeesta. Hyvinvointialueen sekä Uudellamaalla hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän on järjestettävä toiminta siten, että kiireellisissä tilanteissa potilas saa kaikkina vuorokaudenaikoina välittömästi terveydenhuollon ammattihenkilön arvion ja hoidon.

asuinpaikkaansa, ellei potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellytä arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Hyvinvointialueen on järjestettävä terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päivääikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanottotoiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

HUS-yhtymän sekä Varsinais-Suomen, Satakunnan, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Pohjanmaan, Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin hyvinvointialueiden on järjestettävä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö keskussairaalsaan yhteyteen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteiden erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön tulee tukea muita päivystysyksiköitä. Hyvinvointialueet, joissa on yliopistollinen sairaala, sekä HUS-yhtymä voivat väestön palvelutarpeen niin edellyttäessä perustaa useamman kuin yhden ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sairaaloidensa yhteyteen.

Muiden kuin 3 momentissa tarkoitettujen hyvinvointialueiden tulee ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jossa on valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitoon, keskussairaalan yhteydessä. Yhteispäivystyksessä tulee olla tarvittavien erikoisalojen riittävä osaaminen väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien

Hyvinvointialueen sekä Uudellamaalla hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin on järjestettävä terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päivääikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanottotoiminta terveydenhuollon toimintayksikössä, jos väestön palvelutarve ja palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää. Tällainen kiireellinen vastaanottotoiminta on järjestettävä siten, että se muodostaa muiden palveluiden kanssa toiminnallisen kokonaisuuden.

HUS-yhtymän Helsingissä, Pirkanmaan hyvinvointialueen Tampereella, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen Oulussa, Pohjois-Savon hyvinvointialueen Kuopiossa ja Varsinais-Suomen hyvinvointialueen Turussa yliopistollisessa sairaalassaan sekä Etelä-Karjalan hyvinvointialueen Lappeenrannassa, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen Seinäjoella, Keski-Suomen hyvinvointialueen Jyväskylässä, Lapin hyvinvointialueen Rovaniemellä, Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen Joensuussa, Pohjanmaan hyvinvointialueen Vaasassa, Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Lahdessa ja Satakunnan hyvinvointialueen Porissa keskussairaalassaan on järjestettävä monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteiden erikoisalalla ympärivuorokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen. Tällaisen ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön tulee tukea muita päivystysyksiköitä.

Etelä-Savon hyvinvointialueen Mikkeliissä, Kainuun hyvinvointialueen Kajaanissa, Kanta-Hämeen hyvinvointialueen Hämeenlinnassa, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen Kokkolassa ja Kymenlaakson hyvinvointialueen Kotkassa on järjestettävä keskussairaalassaan monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys, jossa on tarvittavien erikoisalojen riittävä osaaminen ja valmius väestön

hoitamiseksi. Sen lisäksi, mitä 3 momentissa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköistä säädetään, yhteistyöalueella tulee aina olla oikeus yhteistyösopimuksen nojalla sopia, että sen alueella toimivan hyvinvointialueen keskussairaalan yhteydessä toimivalle yhteispäivystyksen yksikölle voidaan muodostaa sen laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö, jota palvelujen saavutettavuus, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen edellyttävät.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää hyvinvointialueelle luvan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämiseen, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla.

tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitamiseksi. *Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:ssä tarkoitetussa yhteistyösopimuksessa voidaan sopia väestön palvelutarpeen, palvelujen saavutettavuuden ja väestön kielellisten oikeuksien toteutumisen kannalta tarpeellisten muiden erikoisalojen päivystyksestä näissä sairaaloissa.*

HUS-yhtymä voi päätöksensä perusteella järjestää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä sairaaloissaan myös muilla HUS-yhtymän alueella sijaitsevilla paikkakunnilla.

Ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä saa ylläpitää Lapin hyvinvointialue Ivalossa, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Kuusamossa ja Kymenlaakson hyvinvointialue Kouvolassa. Lapin hyvinvointialue Kemissä ja Etelä-Savon hyvinvointialue Savonlinnassa saavat ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä tai vaihtoehtoisesti sellaista rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä, joka tukee sairaalan ja sen erikoissairaanhoidon vuodeosastojen toimintaa ja alueen hoitoketjuja, mutta ei kuitenkaan ole monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys.

Edellytyksenä ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpidolle edellä mainituilla paikkakunnilla on, että palveluiden saavutettavuus edellyttää tällaisen päivystyksen ylläpitoa eikä väestön tarvitsemia kiireellisen hoidon palveluita voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun ja muiden päivystysyksiköiden avulla. Lisäksi Pohjanmaan hyvinvointialue Pietarsaaressa ja HUS-yhtymä Raaseporissa saa ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä, jos ylläpito tukee kielellisten oikeuksien toteutumista.

Ympärivuorokautista väestölle avointa terveydenhuollon päivystystä saa järjestää

Päivystävissä yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyksestä ja sen laajuudesta on sovittava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:ssä tarkoitetussa yhteistyösopimuksessa ottaen huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve.

Päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella säädetään synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa kyseisistä edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanottotoiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysyksikön

ainoastaan 3–6 momentissa tarkoitetuilla paikkakunnilla sijaitsevista sairaaloissa tai terveydenhuollon toimintayksiköissä. Kaikissa sairaaloissa ja terveydenhuollon toimintayksiköissä saa kuitenkin ylläpitää kyseisen sairaalan tai terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastoilla jo olevien potilaiden potilasturvallisen toiminnan kannalta tarpeellista ympärivuorokautista päivystystä. Synnytystoimintaa saa järjestää 3–5 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa, jos synnytyksien hoitamista koskevat muut säädetyt edellytykset täyttyvät.

Päivystävissä yksiköissä on oltava riittävät hoidon laadun, vaikuttavuuden ja potilasturvallisuuden edellyttämät voimavarat ja osaaminen. Ympärivuorokautisesta päivystyksestä päätettäessä ja yhteistyösopimuksessa siitä sovittaessa on otettava huomioon väestön palvelutarve, päivystyspisteiden väliset etäisyydet, ensihoitopalvelu, henkilöstön riittävyys ja hyvinvointialueiden taloudellinen kantokyky sekä hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestämisvastuun toteutuminen. Päivystyksestä päätettäessä ja siitä sovittaessa on otettava huomioon hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän mahdollisuus tehdä yhteistyötä muidenkin kuin samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän kanssa.

Päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annetaan tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella säädetään synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Kiireellisen hoidon perusteista sekä kiireellisen vastaanottotoiminnan ja ympärivuorokautisesti päivystävän yksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, synnytystä koskevan poikkeusluvan myöntämisen

tehtävistä ja laatuvaatimuksista, poikkeuslupien myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä voidaan antaa tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella.

50 a §

Terveystenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö

Kiireellisessä tilanteessa terveydenhuollon ammattihenkilön on otettava yhteyttä sosiaalipäivystykseen. Edellä 50 §:n 3 momentissa tarkoitetuissa laajoissa ympärivuorokautisissa päivystysyksiköissä ja 4 momentissa tarkoitetuissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksissä sosiaalipäivystystä on toteutettava terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä.

50 a §

Terveystenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö

Kiireellisessä tilanteessa terveydenhuollon ammattihenkilön on otettava yhteyttä sosiaalipäivystykseen. Edellä 50 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitetuissa päivystysyksiköissä sosiaalipäivystystä on toteutettava terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Lapin hyvinvointialueen Kemissä, Pohjois-Pohjanmaa hyvinvointialueen Oulaisissa, Varsinais-Suomen hyvinvointialueen Salossa, Etelä-Savon hyvinvointialueen Savonlinnassa ja Pirkanmaan hyvinvointialueen Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa sekä niissä HUS-yhtymän sairaaloissa, joissa ei ylläpidetä ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, saa suorittaa väliaikaisesti päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia, jos tällä lailla muutettavan lain 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on vaarassa hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella jäädä toteutumatta eikä hyvinvointialue tai HUS-yhtymä pysty hankkimaan riittävästi näitä leikkauksia muilta hyvinvointialueilta. Edellytyksenä on lisäksi, että tämän lain 45 §:n 4 momentissa leikkaustoiminnalle säädetty edellytykset täyttyvät. Näitä

Voimassa oleva laki

Ehdotus

leikkauksia saa suorittaa mainituissa sairaaloissa kuitenkin vain 30 päivään kesäkuuta 2028 saakka.

Pohjois-Savon hyvinvointialueella Iisalmessa ja Varkaudessa saa ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystystä 31 päivään joulukuuta 2025 saakka tämän lain voimaan tullessa voimassa olleen sosiaali- ja terveysministeriön myöntämän luvan mukaisesti.

2.

Laki

terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan väliaikaisesti terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 § ja 50 §:n 7 momentti, sellaisina kuin ne ovat, 45 § laeissa 1516/2016 ja 581/2022 sekä 50 §:n 7 momentti laissa 1516/2016, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

45 §

Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen

Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden tai useamman valtakunnallisen toimijan hoidettaviksi.

Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidon kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin. Valtioneuvoston asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

45 §

Erikoissairaanhoidon työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen

Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää, mitkä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät säädetään yhden tai useamman valtakunnallisen toimijan hoidettaviksi.

Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidon kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin. Valtioneuvoston asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Sen estämättä, mitä 3 momentissa säädetään, osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voidaan suorittaa myös hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa tai Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa taikka HUS-yhtymän sairaaloissa, vaikka niissä ei ylläpidetä ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä. Päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia voidaan väliaikaisesti suorittaa näissä sairaaloissa, jos 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on vaarassa hyvinvointialueella tai HUS-yhtymän alueella jäädä toteutumatta eikä hyvinvointialue tai HUS-yhtymä pysty hankkimaan riittävästi näitä leikkauksia muilta hyvinvointialueilta. Leikkaustoiminnan ylläpitäminen näissä sairaaloissa ei saa vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloissa tai keskussairaaloissa taikka hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista. Hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän on myös varmistettava osaaminen, laatu ja potilasturvallisuus.

Sellaisia anestesialogista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativia kevyitä toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa muussakin toimitilassa kuin leikkaussalissa ja jotka edellyttävät vain lyhytaikaista potilaan jälkiseurantaa, voidaan lisäksi tehdä muussakin terveydenhuollon toimintayksikössä, jos hyvinvointialue, Helsingin kaupunki tai HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen.

Edellä 3 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa hyvinvointialue ja HUS-yhtymä saa hankkia vain sellaiselta yksityiseltä palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys.

Hyvinvointialue, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä saavat lisäksi hankkia myös muulta kuin 6 momentissa tarkoitettulta yksityiseltä palveluntuottajalta 4 ja 5 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä. Yksityiseltä palveluntuottajalta saa hankkia sellaisia lonkan ja polven primaareja tekonivelleikkauksia, jotka potilaskohtaisesti soveltuvat ja suunnitellaan tehtäväksi päiväkirurgisena toimenpiteenä. Edellytyksenä lonkan ja polven primaarien tekonivelleikkausten hankinnalle on lisäksi, että 52 §:ssä säädetty hoitoon pääsyn enimmäisaika on vaarassa jäädä toteutumatta.

Edellytyksenä leikkausten ja muiden toimenpiteiden hankinnalle on, että hyvinvointialue ja HUS-yhtymä varmistaa yhdessä palveluntuottajan kanssa toiminnan osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden sekä käytännöt potilaan siirtämiseksi yliopistolliseen sairaalaan tai keskussairaalaan, jos leikkaus tai muu toimenpide vaatii jatkohoitoa sairaalassa.

Sellaisten hyvinvointialueiden, joissa on yliopistollinen sairaala, ja HUS-yhtymän on sovittava yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoidoa antavista yksiköistä. Jos hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto kootaan tai, jos sopimus ei täytä laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä.

Hyvinvointialueiden, joissa on yliopistollinen sairaala, sekä HUS-yhtymän on sovittava yhdessä valtakunnallisesti keskitettävää erikoissairaanhoidoa antavista yksiköistä. Jos hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä eivät pääse sopimukseen siitä, mihin sairaaloihin tai yksiköihin toiminto kootaan tai, jos sopimus ei täytä laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä. Alueellisesti keskitettävästä hoidosta ja toiminnan yhteen sovittamisesta määrätään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:ssä säädettyssä yhteistyösopimuksessa.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä sekä keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täyttyä keskittämistä toteutettaessa.

Valtioneuvoston asetuksella:

1) säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän ja niiden sairaaloiden työnjaosta, keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä 4, 5 ja 7 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä;

2) voidaan säätää hoitoa antavista yksiköistä, 3 ja 6 momentissa tarkoitettua leikkaustoiminnasta sekä tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täyttyä työnjakoa ja keskittämistä toteutettaessa.

50 §

Kiireellinen hoito

Päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella säädetään synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa kyseisistä edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanottotoiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, poikkeuslupien myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

50 §

Kiireellinen hoito

Päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annetaan tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella. Valtioneuvoston asetuksella säädetään synnytystoiminnan määrää koskevista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää luvan poiketa kyseisistä edellytyksistä, jos se on tarpeen palvelun saavutettavuuden tai potilasturvallisuuden vuoksi. Kiireellisen hoidon perusteista ja kiireellisen vastaanottotoiminnan, laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön, ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sekä ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, poikkeuslupien myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä voidaan antaa tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 ja on voimassa 30 päivään syyskuuta 2025.

3.

Laki

sosiaalihuoltolain 29 a §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) 29 a §:n 1 momentti, sellaisena kuin se on laissa 589/2022, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

29 a §

29 a §

*Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon
yhteistyö*

*Sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon
yhteistyö*

Sosiaalipäivystystä on järjestettävä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa tarkoitetun laajan ympärivuorokautisen päivystysyksikön yhteydessä ja 4 momentissa tarkoitetun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen yhteydessä. Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä vastaavat ne hyvinvointialueet, joiden alueella tässä momentissa tarkoitetut terveydenhuollon toimintayksiköt sijaitsevat.

Sosiaalipäivystystä on järjestettävä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitetun päivystysyksikön yhteydessä. Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä vastaavat ne hyvinvointialueet, joiden alueella tässä momentissa tarkoitetut terveydenhuollon toimintayksiköt sijaitsevat.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta
20 .
