

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

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

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi terveydenhuollon päivystystä ja leikkaustoimintaa koskevaa lainsäädäntöä.

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. Perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystyksen osalta luovuttaisiin sääntelystä, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää poikkeusluvan tällaisen päivystyksen ylläpitoon. Sen sijaan laissa säädettäisiin nimeltä, millä paikkakunnalla tällaista päivystystä on mahdollista ylläpitää.

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 kevyttä nukutusta tai puudutusta vaativia 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. 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. Muuta leikkaustoimintaa ja toimenpiteitä voisi hankkia muultakin palveluntuottajalta.

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

Lait ehdotetaan tulevan voimaan 1.1.2026. Terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain ehdotetaan olevan voimassa 1.3.–31.12.2025 ennen sen korvautumista toistaiseksi voimassa olevilla säännöksillä 1.1.2026 lähtien.

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	19
2.1.4 Synnytykset Suomessa	23
2.1.5 Ensihoitopalvelu ja lääkärihelikopteritoiminta	28
2.1.6 Hyvinvointialueiden rahoitus ja hyvinvointialueiden väliset korvaukset	34
2.1.7 Palvelujärjestelmän ohjaus.....	37
2.1.8 Väestökehitys	38
2.1.9 Henkilöstötilanne	42
2.2 Nykytilan arviointi	48
2.2.1 Yleistä toimintaympäristöstä.....	48
2.2.2 Henkilöstötilanteen arviointi.....	51
2.2.3 Päivystystä ja erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat selvitykset	52
2.2.3.1 Kansallisen erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja päivystysten porrasteisuuden, työnjaon ja yhteistyön työryhmän ehdotukset.....	52
2.2.3.2 Lastentautien somaattisen erikoissairaanhoidon kansallinen työnjako –työryhmän selvitys	55
2.2.3.3 Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus terveystalouden keskittämisestä	56
2.2.4 Palvelujärjestelmään liittyvät kehittämishankkeet ja ohjelmat	56
2.2.5 Sairaaloiden ja ympärivuorokautisen päivystyksen toimintaympäristön, sääntelyn ja käytänteiden arviointia	60
2.2.6 Synnytykset.....	69
2.2.7 Ympäri vuorokautinen yhteispäivystys leikkaustoiminnan edellytyksenä	71
2.2.8 Ensihoito	75
2.2.9 Palvelujärjestelmän valmius ja varautuminen.....	76
2.3 Hyvinvointialue- ja yhteistyöaluekohtainen eräiden sairaaloiden ja päivystysyksiköiden tarkastelu.....	78
2.3.1 Yleistä	78
2.3.2 Tiettyjen ympärivuorokautista yhteispäivystystä ja leikkaustoimintaa toteuttavien sairaaloiden arviointia	80
2.3.2.1 Yliopistollisten hyvinvointialueiden ylläpitämät muut kuin yliopistolliset sairaalat	80
2.3.2.2 Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet	83
2.3.2.3 Arviointia	84

2.3.3 Ympäri vuorokautiset perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla toimivat yksiköt.....	87
3 Tavoitteet	92
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	93
4.1 Keskeiset ehdotukset.....	93
4.2 Pääasialliset vaikutukset.....	94
4.2.1 Taloudelliset vaikutukset	94
4.2.1.1 Vaikutukset valtion talouteen.....	95
4.2.1.2 Vaikutukset hyvinvointialueiden talouteen	103
4.2.1.3 Vaikutukset yrityksiin	107
4.2.1.4 Vaikutukset kotitalouksiin	110
4.2.1.5 Aluetalousvaikutukset	111
4.2.2 Toiminnalliset vaikutukset hyvinvointialueisiin	112
4.2.2.1 Vaikutukset väestölle avoimeen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen sekä erikoissairaanhoidon ympärivuorokautiseen päivystykseen	112
4.2.2.2 Vaikutukset leikkaustoimintaan ja tiettyihin toimenpiteisiin	114
4.2.2.3 Vaikutukset synnytysten hoitoon	115
4.2.2.4 Vaikutukset ensihoitopalveluun	116
4.2.2.5 Vaikutukset hyvinvointialueiden tiloihin, laitteisiin ja investointeihin.....	117
4.2.2.6 Vaikutus palvelujärjestelmän varautumiseen ja häiriötilanteiden hallintaan	118
4.2.3 Vaikutukset muihin viranomaisiin	119
4.2.4 Ihmisiin kohdistuvat ja muut yhteiskunnalliset vaikutukset	122
4.2.4.1 Yleistä vaikutuksista väestöön potilaisiin ja asiakkaisiin	122
4.2.4.2 Iäkkäät henkilöt.....	126
4.2.4.3 Vammaiset henkilöt	127
4.2.4.4 Lapset, nuoret ja perheet	128
4.2.4.5 Sukupuolivaikutukset	129
4.2.4.6 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjät.....	129
4.2.4.7 Kielelliset oikeudet.....	131
4.2.4.8 Potilasturvallisuus	133
4.2.4.9 Vaikutukset henkilöstöön ja työllisyysvaikutukset	136
4.2.4.10 Vaikutukset koulutukseen	139
4.2.5 Vaikutukset alueelliseen itsehallintoon.....	142
4.2.6 Ympäristövaikutukset	143
5 Muut toteuttamisvaihtoehdot	143
6 Lausuntopalaute	145
7 Säännöskohtaiset perustelut.....	145
8 Lakia alemman asteinen sääntely	160
9 Voimaantulo	161
10 Toimeenpano ja seuranta	161
11 Suhde muihin esityksiin.....	162
11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä.....	162
11.2 Suhde talousarvioesitykseen	162
12 Suhde perustuslakiin ja sääätämisyjärjestys	162
LAKIEHDOTUKSET	170
terveydenhuoltolain muuttamisesta.....	170

terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta	173
sosiaalihuoltolain 29 a §:n muuttamisesta.....	175
sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaantulon annettun lain 59 §:n kumoamisesta.....	176
LIITE	177
RINNAKKAISTEKSTI.....	177
terveydenhuoltolain muuttamisesta.....	177
terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta	184
sosiaalihuoltolain 29 a §:n muuttamisesta.....	188

LUONNOS

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 erikoissairaanhoido 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, osaaja- 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 yhteistoiminta-alueiden 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. 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 Terveyden 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 mukaisesti. 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 osamisellaan 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.

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.

Luonnoksesta hallituksen esitykseksi pidettiin lausuntokierros ajalla X.X-X.X. Lausuntopalaute käsitellään jaksossa 6.

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>

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 täyttyessä sairaanhoitopiiri olisi voinut järjestää anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita edellyttävää kiireetöntä leikkaustoimintaa tai yleisanestesiaa edellyttäviä muita kiireittäviä toimenpiteitä sairaanhoitopiiriin 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. 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 järjestämisen 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 huolehditava 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 erikoisaloittein palvelujen tarkoituksenmukaisen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamiseksi. Hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä ja valmistelusta annettussa valtioneuvoston asetuksessa (309/2023) annetaan tarkempia säännöksiä eräistä sovittavista asioista. Säännöksiä sovittavista asioista on myös terveydenhuoltolaissa, kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annettussa valtioneuvoston asetuksessa (583/2017, *päivystysasetus*) sekä erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annettussa 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 annettussa 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 olisi erikseen laissa kielletty. Järjestämislain 12 §:n mukaan hyvinvointialue ei saa hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta muun ohella lähtökohtaisesti palveluja, joihin sisältyy julkisen vallan käyttöä, sosiaalipäivystystä, kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluja lukuun ottamatta perusterveydenhuollon päivä- ja ilta-aikaista 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. Päivystyksyksikössä 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 päivystyksyksikköön. 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.

Terveydenhuoltolaissa säädetään tarkemmin järjestämisvastuun piiriin kuuluvista palveluista sekä eräistä järjestämiseen liittyvistä rakenteista. Laissa määritellään eräitä keskeisiä käsitteitä. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan hyvinvointialueen järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana 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. Laissa on myös säännökset hoitopaikan valinnasta. Potilaalla on oikeus valita kerran vuodessa terveystieteensä tai –asemansa sekä yhteisymmärryksessä lähetteen antavavan lääkärin kanssa lähetekohtaisesti hoidon antava sairaala riippumatta siitä, minkä hyvinvointialueen alueella toimintayksikkö sijaitsee. Kiireellisen hoidon järjestämisen sääntelyä kuvataan jäljempänä jaksoissa 2.1.2 ja 2.1.3.

Terveydenhuoltolain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon 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 vaatavuuden, 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, joka 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.

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 4 §:ssä tarkoitetun palvelujen saatavuuden 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 tulkkitsemisestä 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).

Valtion viranomaiset järjestävät eräitä terveydenhuollon palveluja. Terveyden 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 mielenlenterveyslaissa (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 veloitteesta antaa terveystalvuuja 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 järjestelykeskusten 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 järjestämistä vastuuseen 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 elektiiiviseen kirurgiaan. Sairaaloita, joissa hoidetaan synnytyksiä tai tehohoitoa, ei ole kuin hyvinvointialueiden järjestäminä ja tuottamina.

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 riittävyttä sekä tilojen ja laitteiden turvallisuutta ja soveltuvuutta palvelujen toteuttamisessa. Palvelunjärjestäjän on myös ohjattava ja valvottava sen järjestämistä vastuulle kuuluvaa palvelutuotantoa. Sen veloitteena on myös laatia omavalvontasuunnitelma.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovat aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontavirasto Valvira. 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 terveydenhuolto-laissa 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 säädetty 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 keskussairaалansa yhteyteen. Lainsäädännössä ei määritetä keskussairaalaa, vaan käsite käytännössä nojaa jo vuosikymmeniä käytössä olleeseen käsitteeseen alueen suuren asutuskokouksen monierikoisalaisesta sairaalasta. Tämän lisäksi alueilla on ollut väestön tarpeen mukaisia aluesairaaloita ja kuntien sairaaloita.

Erikoissairaanhoidoissa ei enää käytetty tällaisia sairaaloita nimenomaisesti jaottelevia nimikkeitä. Laajan ympärivuokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuokautisesti välittömästi ja jolla on voimavarat terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen.

Terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa säädetään velvoite järjestää laaja ympärivuokautinen 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 erityissäännöksen nojalla ympärivuokautista päivystystä on Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n tuottamana Länsi-Pohjan keskussairaalassa, Kemissä).

Terveydenhuoltolain 50 §:n 4 momentin mukaan muiden hyvinvointialueiden tulee ylläpitää ympärivuokautista 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).

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 ympärivuokautista yhteispäivystystä, ja että 3 ja 4 momentin sääntelyn perusteella ympärivuokautisesti 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 ympärivuokautisesti päivystävän yhteispäivystysyksikön sairaaloidensa yhteyteen. Helsingin yliopistollisella keskussairaalalla on sairaaloita Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. HUS-yhtymä lisäksi ylläpitää edellä kuvatun säännöksen nojalla päivystystä Hyvinkäällä, Lohjalla ja Porvoossa. Päivystystä lisäksi ylläpitää Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Oulaisissa, Pirkanmaan hyvinvointialue Valkeakoskella ja Varsinais-Suomen hyvinvointialue Salossa.

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 keskussairaalansa. 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 voimaantulosta annetussa laissa (616/2021, *voimaantulolaki*) oli siirtymäsäännös (59 §), jonka mukaan sen estämättä, mitä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momentteissa säädetään, Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet voivat ylläpitää useampaa kuin

yhtä ympärivuorokautisesti 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 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 (laki 429/2023; HE 319/2022 vp, HE 328/2029 vp).

Kemin sairaalan yksikön palvelutuotannosta vastaa suurelta osin ulkoistussopimukseen perustuen Mehiläinen Länsi-Pohja Oy, joka on Lapin hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan Mehiläisen yhteisyrittäjä. Ulkoistussopimus on tehty joulukuussa 2017. Sopimuksen kesto on 15 vuotta palvelutuotannon alkamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä sopimusta on 2024 muutettu siten, että päivystyspalvelut ja sairaalaan hoitoon ottamiseen liittyvä päätöksenteko ovat siirtyneet Lapin hyvinvointialueen vastuulle.

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.

Terveydenhuoltolaisissa 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 erikoissairaanhoido kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidoa kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin.

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

Terveydenhuoltolain 45 §:n nojalla annetussa erikoissairaanhoidon keskittämisasiäasetuksessa 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 tiettyjä erikoissairaanhoidon tehtäviä, joissa ne vastaavat alueellisesta suunnittelusta ja yhteensovittamisesta. 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 tiettyjä leikkauksia voidaan tehdä, ja millä perustein sairaalakohtainen lukumäärä voidaan alittaa. Sääntely eri toimenpiteistä on asetuksessa yksityiskohtaista.

Terveydenhuoltolain 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 polikliinista vastaanottoa 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 täyttyessä, muun ohella 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.

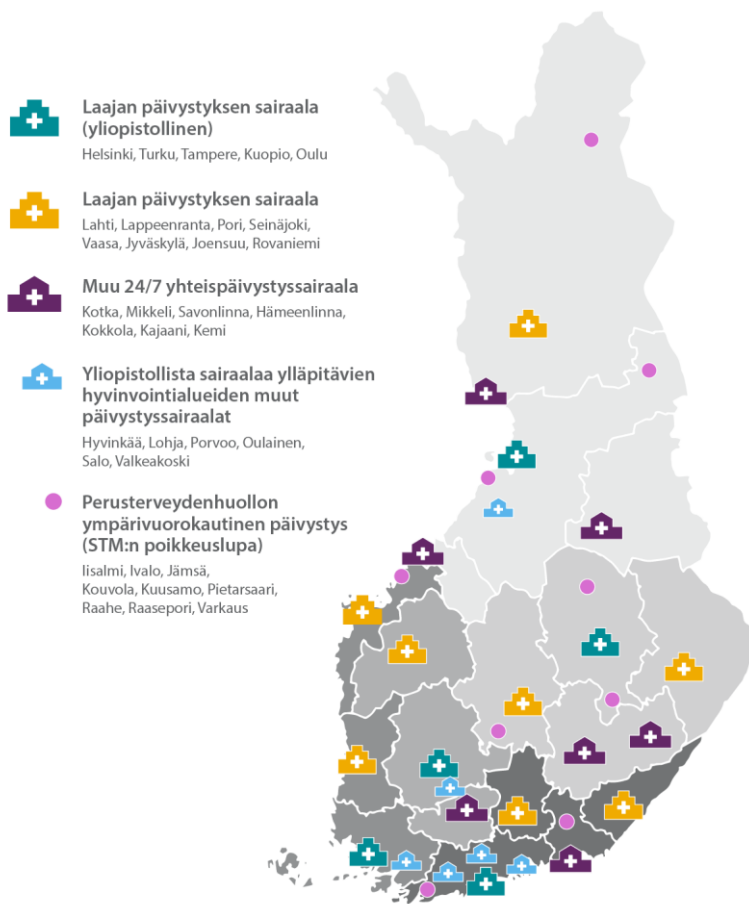
Terveydenhuoltolain 50 §:n 5 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää hyvinvointialueelle luvan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämiseen, jos palvelujen saavutettavuus ja päivystyspisteiden väliset etäisyydet sitä edellyttävät eikä väestön tarvitsemia palveluja voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun avulla. 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 (Raahen 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

ympäri vuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys Forssassa muuttui 1.1.2024 lukien ei-ympäri vuorokautiseksi hyvinvointialueen omalla päätöksellä.

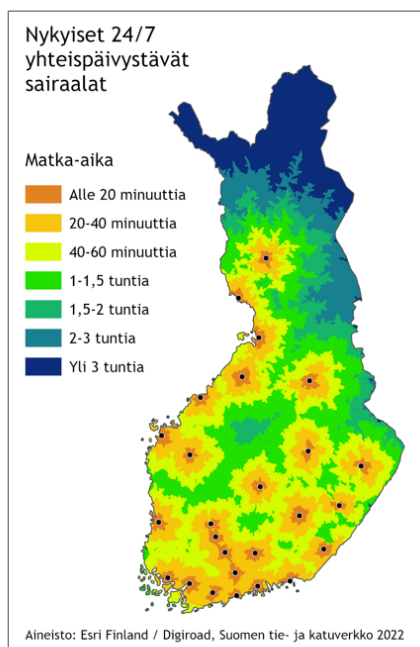
Nykyinen päivystystä ja erikoissairaanhoidon työnjakoa koskeva sääntely säädettiin lailla terveydenhuoltolain muuttamisesta 1516/2016 (HE 224/2016 vp) sekä sen nojalla annetulla päivystysasetuksella ja erikoissairaanhoidon keskittämisesetuksella. Sääntely tuli voimaan osin 1.1.2017, osin voimaan/sovellettavaksi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

Kuva 1. Ympäri vuorokautisesti päivystävät sairaalat ja terveyskeskukset, kevät 2024. Kuvassa ei ole eritelty Helsingin yliopistollisen sairaalan ympärivuorokautisesti päivystäviä sairaaloita ja sairaalarakennuksia.

Päivystävät sairaalat ja terveyskeskukset, kevät 2024



Kuva 2. Nykyinen saavutettavuus 24/7 päivystäviin yhteispäivystyssairaaloihin



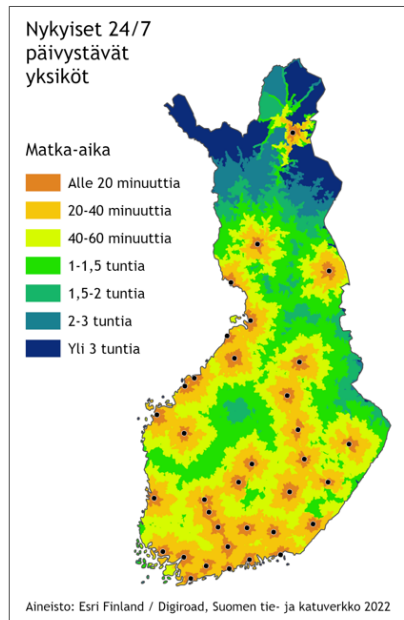
Nykyinen saavutettavuus 24/7 päivystäviin yhteispäivystyssairaaloihin

Mukana ei ole perusterveydenhuollon 24/7 yksiköitä

Matka-aika	Kumulatiivinen väestömäärä	Kumulatiivinen väestöosuus (%)
0 - 20 min	3171422	58,0
20 - 40 min	4662912	85,3
40 - 60 min	5200545	95,2
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. Nykyinen saavutettavuus kaikkiin 24/7 päivystysyksiköihin.



Nykyinen saavutettavuus kaikkiin 24/7 päivystysyksiköihin
Mukana ympärivuorokautiset yhteispäivystykset ja perusterveydenhuollon 24/7 yksiköt

Matka-aika	Kumulatiivinen väestömäärä	Kumulatiivinen väestöosuus (%)
0 - 20 min	3384529	61,9
20 - 40 min	4864852	89,0
40 - 60 min	5277457	96,6
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

2.1.3 Kiireellinen hoito ja päivystys

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 hyvinvointialueen toimintayksikössä 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 terveystalvuita 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 vastaanotto toiminta 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 päivääkainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta 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 vastaanotto toiminta on järjestettävä arkipäivisin ilmoitettuna aikana lähellä asukkaita paitsi, jos potilasturvallisuuden ja palveluiden laadun turvaaminen edellyttää arvion ja hoidon keskittämistä päivystysyksikköön. Kiireellisen hoidon vastaanotto toimintaa voidaan toteuttaa osana perusterveydenhuollon tavanomaista vastaanotto toimintaa 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 vastaanotto palvelua on tarkoituksenmukaista käyttää.

Päivystysasetuksen 12 §:n mukaan päivystysyksikön vastaavan laillistetun lääkärin tai hampaslääkärin 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 neuvoo 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 mukaa potilas on otettava hoidettavaksi päivystysyksikössä, jos hänen terveydentilansa ja toimintakykynsä sekä sairauden tai vamman ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen hoitoa ei voi kiireellisyyden 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. Mielen- ja päihdepalveluista on lisäksi täydentävää sääntelyä. Päivystysasetuksen 13 §:ssä veloitetaan huolehtimaan potilaan tarpeen mukaisesti 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)² aikuisten valtakunnalliset kiireellisen hoidon perusteet (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:19)³ sekä lasten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:18)⁴. 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 laajan ympärivuorokautiseen päivystykseen kohdistuista edellytyksistä. Pykälän mukaan laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikössä tulee olla akuuttilääketieteen, anestesiologian 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 taudinmäärittämiseen 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 säädetä erikoisaloista, joita muissa kuin laajan päivystyksen yhteispäivystysyksiköissä tulee olla. Pykälän mukaan yhteistyösopimuksessa tulee sopia, minkä laajuinen ja toiminnallisesti monipuolinen päivystyksen yksikkö tulee päivystävään sairaalaan 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

² <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161496>

³ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162340>

⁴ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162339>

etälääketieteen avulla mahdollisuus konsultoida ympärivuorokautisen laajan päivystyksen tai yhteispäivystyksen yksikköä. Mahdollisuus siirtää potilas nopeasti ympärivuorokautiseen laajan päivystyksen tai yhteispäivystyksen yksikköön tulee varmistaa.

Terveystieteiden lain 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 päivystyksen järjestämisestä on sovittava yhteistyösopimuksessa. Synnytystä hoitavassa ja leikkauksia tekevässä yksikössä on oltava mahdollisuus välittömään verensiirtoon ja sen tekemisen edellyttämiin tutkimuksiin. Päivystysyksikön on varmistettava lääkehuollon toteuttaminen päivystysaikana sekä päivystyksen 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 synnytystä hoitavassa ympärivuorokautisesti päivystävässä sairaalassa hoidetaan vähintään noin 1 000 synnytystä vuodessa. Terveystieteiden lain 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 poikkeusluvut on myönnetty Lapin hyvinvointialueelle (Rovaniemi 31.12.2027 ja Kemi 31.12.2025 saakka) sekä Etelä-Karjalan (Lappeenranta) ja Etelä-Savon (Mikkeli) ja Kainuun (Kajaani) hyvinvointialueelle kaikille 31.12.2027 saakka.

Päivystysasetuksen 18 §:n 2 momentin mukaan synnytystä hoitavassa 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 erikoisalalan 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 tässä 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, hätäkeskukseen 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 velvoitteesta tehdä ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle.

2.1.4 Synnytykset Suomessa

Tilastotietoa synnytyksistä

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on kattava tilastotieto synnyttäjistä, synnytyksistä ja vastasyntyneistä vuodesta 1987 alkaen⁵. Tuoreimmat tilastotiedot ovat vuodelta 2022.

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 14450 synnytystä eli -25%. Synnyttäjien keski-ikä on noussut vähitellen. Vuonna 2022 kaikkien synnyttäjien keski-ikä oli 31,7 vuotta ja ensisynnyttäjien keski-ikä 30,1 vuotta.

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

⁵ <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet>

tuhatta 15–49-vuotiasta naista kohti) vuonna 2022. Vastaavasti vähiten synnytyksiä 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 % synnytti muussa kuin oman sairaanhoitopiirinsä sairaalassa. Syitä synnyttää muussa sairaalassa ovat riskiraskauksien synnytysten keskittäminen tiettyihin sairaaloihin sekä äidin ja perheen oma valinta. Tietyt sairaalat, muun muassa Kainuun keskussairaala, ovat aktiivisesti rekrytoineet synnyttäjiä omaan sairaalaansa lähialueilta.

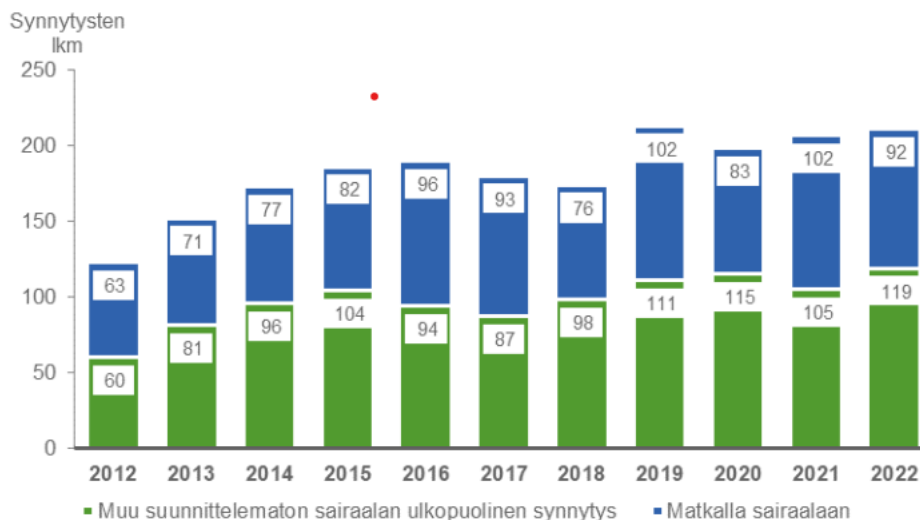
Eniten synnytyksiä oman alueen sairaalan ulkopuolella oli v. 2022 Vaasan sairaanhoitopiiriin (30,4% synnytyksistä), Pohjois-Pohjanmaan (18,2%), Kanta-Hämeen (10,5%) ja Etelä-Savon (10,0 %) osalta. Vastaavasti eniten muilta alueilta olevien synnytyksiä oli v. 2022 Keski-Pohjanmaan (yhteensä 844 synnytystä 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, perheiden ja naisten informoinnilla sekä potilashotellitoiminnalla, jolloin synnytyksen lähestyessä siirrytään odottelemaan lähelle synnytyssairaalaan.

Kuvio 1. Suunnittelematon sairaalan ulkopuolinen synnytys vuosina 2012-2022. Lähde: THL Perinataalilasto : synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2022⁶

Kuvio 3. Suunnittelematon sairaalan ulkopuolinen synnytys vuosina 2012–2022



Pohjoismaiset perinataalilastot 2020- julkaisun⁷ 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. Sairaaloittainen synnytysten määrä on viimeisen vuosikymmenen aikana kasvanut kaikissa Pohjoismaissa. Suhteutettuna vuosittaisten synnytysten määrään, Tanskassa ja Ruotsissa on eniten synnytyksiä sairaalaa kohti (keskimäärin noin 2 600 synnytystä).

Synnytysten toteuttamisen edellytykset ja synnytyssairaalaverkko

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.

⁶ <https://www.julkari.fi/handle/10024/147689>

⁷ <https://www.julkari.fi/handle/10024/144263>

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 kätilöitä, anestesiahoitajia, kirurgisia/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 arvioitu 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 kätilövetoisia synnytystupia, joissa hoidetaan synnytyksiä, joissa ei ennakoita 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 väärittävän 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 varallaoloresursseja ei pystytä hyödyntämään muuhun toimintaan, on tehokkuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen vaikea päästä. Tämä nostaa synnytysten hoitamisen hintaa.

Suomessa oli 23 synnytyssairaalaa vuonna 2022. Keskimäärin synnytyssairaaloissa oli 1 934 synnytystä (vaihteluväli 246–8208). Useampi kuin joka neljäs (27,9 %) lapsi syntyi HYKSin sairaaloissa (Naistenklinikka ja Jorvin sairaala) ja joka kolmas (35,0 %) HUSin sairaanhoitopiirin sairaaloissa (Naistenklinikka, Jorvi, Hyvinkään ja Lohjan sairaalat). Viidessä 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.

Taulukko 1. Synnytykset sairaaloittain 2012-2022. Lähde: THL Perinataaltilasto 2022

Liitetaulukko 3. Synnytykset sairaaloittain ¹⁾ 2012–2022											
Sairaalat	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
HYKS, yhteensä	14 604	14 358	14 295	13 979	13 597	13 514	13 049	12 743	12 850	13 790	12 450
Kätilöopiston sairaala*	5 606	7 155	8 026	7 501	7 270	4 146	-	-	-	-	-
Naistenlinnikka	5 600	3 310	2 426	2 576	2 624	5 921	8 969	8 542	8 555	9 222	8 208
Jorvin sairaala, Espoo	3 398	3 893	3 843	3 902	3 703	3 447	4 080	4 201	4 295	4 568	4 242
Turun yliopistollinen sairaala	4 098	4 044	4 143	4 039	4 214	4 060	3 849	3 707	3 811	4 164	3 816
Kuopion yliopistollinen sairaala	2 486	2 417	2 382	2 418	2 279	2 141	2 085	1 906	1 897	1 985	1 816
Oulun yliopistollinen sairaala	4 437	4 280	4 100	3 914	3 614	3 445	3 248	3 309	3 440	3 418	3 140
Tampereen yliopistollinen sairaala	5 468	5 213	5 337	5 271	4 995	4 708	4 427	4 305	4 281	4 673	4 247
Etelä-Karjalan KS, Lappeenranta	1 094	1 085	1 097	1 091	1 005	967	862	808	788	772	767
Keski-Suomen KS, Jyväskylä	2 995	2 868	2 831	2 662	2 514	2 274	2 149	2 043	2 059	2 149	1 965
Pohjois-Karjalan KS, Joensuu	1 578	1 548	1 567	1 504	1 463	1 305	1 236	1 093	1 137	1 149	1 028
Vaasan KS	1 418	1 377	1 446	1 374	1 381	1 254	1 175	1 145	1 133	1 186	1 053
Ålands centralsjukhus	286	278	255	269	279	271	261	253	243	281	246
Kanta-Hämeen KS, Hämeenlinna	1 602	1 652	1 622	1 442	1 389	1 349	1 236	1 167	1 177	1 221	1 144
Länsi-Pohjan KS, Kemi	645	628	591	554	547	518	507	422	445	395	389
Lapin KS, Rovaniemi	1 159	1 191	1 100	1 054	1 035	961	859	928	911	996	903
Mikkelin KS	782	829	788	888	866	822	732	648	653	694	643
Satakunnan KS, Pori	2 034	2 063	2 017	1 929	1 855	1 762	1 568	1 485	1 476	1 577	1 419
Kymenlaakson KS, Kotka	1 550	1 473	1 409	1 389	1 353	1 429	1 360	1 233	1 244	1 303	1 147
Keski-Pohjanmaan KS, Kokkola	1 286	1 342	1 502	1 507	1 519	1 477	1 397	1 652	1 740	1 643	1 530
Kainuun KS, Kajaani	701	714	702	601	637	560	508	567	664	817	762
Etelä-Pohjanmaan KS, Seinäjoki	2 247	2 057	2 058	2 032	1 939	1 806	1 607	1 578	1 476	1 602	1 421
Päijät-Hämeen KS, Lahti	2 049	1 907	1 880	1 835	1 749	1 677	1 591	1 441	1 530	1 591	1 445
Lohjan sairaala	983	999	972	960	1 107	1 099	1 022	1 042	1 159	1 419	1 188
Hyvinkään sairaala	1 684	1 815	1 842	1 844	1 829	1 852	1 802	1 783	1 875	2 166	1 962
Yhteensä²⁾	59 039	57 728	57 019	55 007	52 870	50 151	47 272	45 279	46 034	49 069	44 589

– Ei yhtään havaintoa

* Synnytystoiminta lopetettu.

1) Sairaalaakohtaiset tiedot sisältävät myös sairaaloiden ilmoittamat sairaalan ulkopuoliset synnytykset.

2) Sisältää kaikki synnytykset (sairaalan ulkopuolella synnyttäneet, joita sairaala ei ole ilmoittanut, syntymäpaikka tuntematon ja sairaalat, joissa on viisi synnytystä tai vähemmän).

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

Terveydenhuoltolain 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 säädetyin edellytyksin ja rajoituksin.

Terveydenhuoltolain 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 seurantaa. Lisäksi ensihoitoon kuuluu ensihoitovalmiuden ylläpitäminen, ohjaaminen psykososiaalisen tuen piiriin, osallistuminen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen sekä virka-avun antaminen poliisille, pelastusviranomaisille, rajavartiolaitosviranomaisille ja meripelastusviranomaisille niiden vastuulla olevien tehtävien suorittamiseksi.

Terveydenhuoltolain 39 §:n mukaan hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä tekevät ensihoidon palvelutasopäätökset. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvilta edellytetty koulutus, yhteistyöalueen ensihoidokeskuksen 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, *ensihoidoasetus*) hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle annetaan tehtäväksi seurata ja tuottaa tunnuslukuja erityisvastuualueen ensihoidokeskuksen, aluehallintoviraston, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käyttöön palvelutasopäätöksen toteutumisen ja toiminnan tuloksellisuuden arvioimiseksi.

Järjestämislain 36 §:n, terveydenhuoltolain 46 §:n ja ensihoidoasetuksen nojalla hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän on ylläpidettävä ensihoidokeskusta siten, että niitä on yksi yhteistyöalueita kohden. Ensihoidokeskuksen tehtävät liittyvät toimintojen suunnitteluun, yhteensovittamiseen ja ohjeistamiseen. Ensihoidoasetuksessa säädetään tarkemmin ensihoitopalvelun ja ensihoidokeskuksen tehtävistä, palvelutasopäätöksen sisällöstä, ensihoitopalvelun riskialuealuokista, 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 ensihoitoajoneuvot ja lääkäri- ja lääkintähelikopterit sekä muut tarpeelliset kulkuneuvot. Asetuksessa määritetään myös ensihoitopalvelun yksiköiden henkilöstön vähimmäiskoulutus.

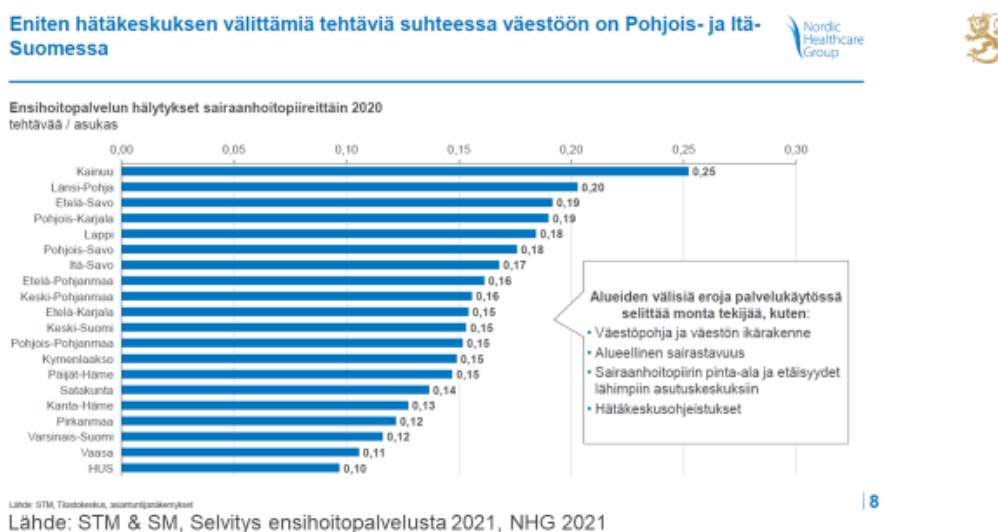
Sisäministeriön hallinnonalaan kuuluva ja sisäministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön yhdessä toiminnallisesti ohjaama Hätäkeskuslaitos vastaa valtakunnallisen hätänumeroon (112) tuleviin hätäilmoituksiin, arvioi avun tarpeen ja hälyttää tarvittavat viranomaiset, mukaan lukien ensihoitopalvelun. 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 ensihoidoyksikön (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.

Terveysthuolto- 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 pys-

tyy tekemään kattavia hoidon tarpeen arviointeja sekä antamaan vaativiakin hoitoja. Ensihoitajat pyytävät tarvittaessa hoito-ohjeet ensihoidon ja sairaaloiden päivystäviltä lääkäreiltä. Enevästi 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 mm. 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 valtioneuvoston asetukseen sairaankuljetuksen kustannusten korvaustaksasta (VNA 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 kilometriltä. 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 esim. 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

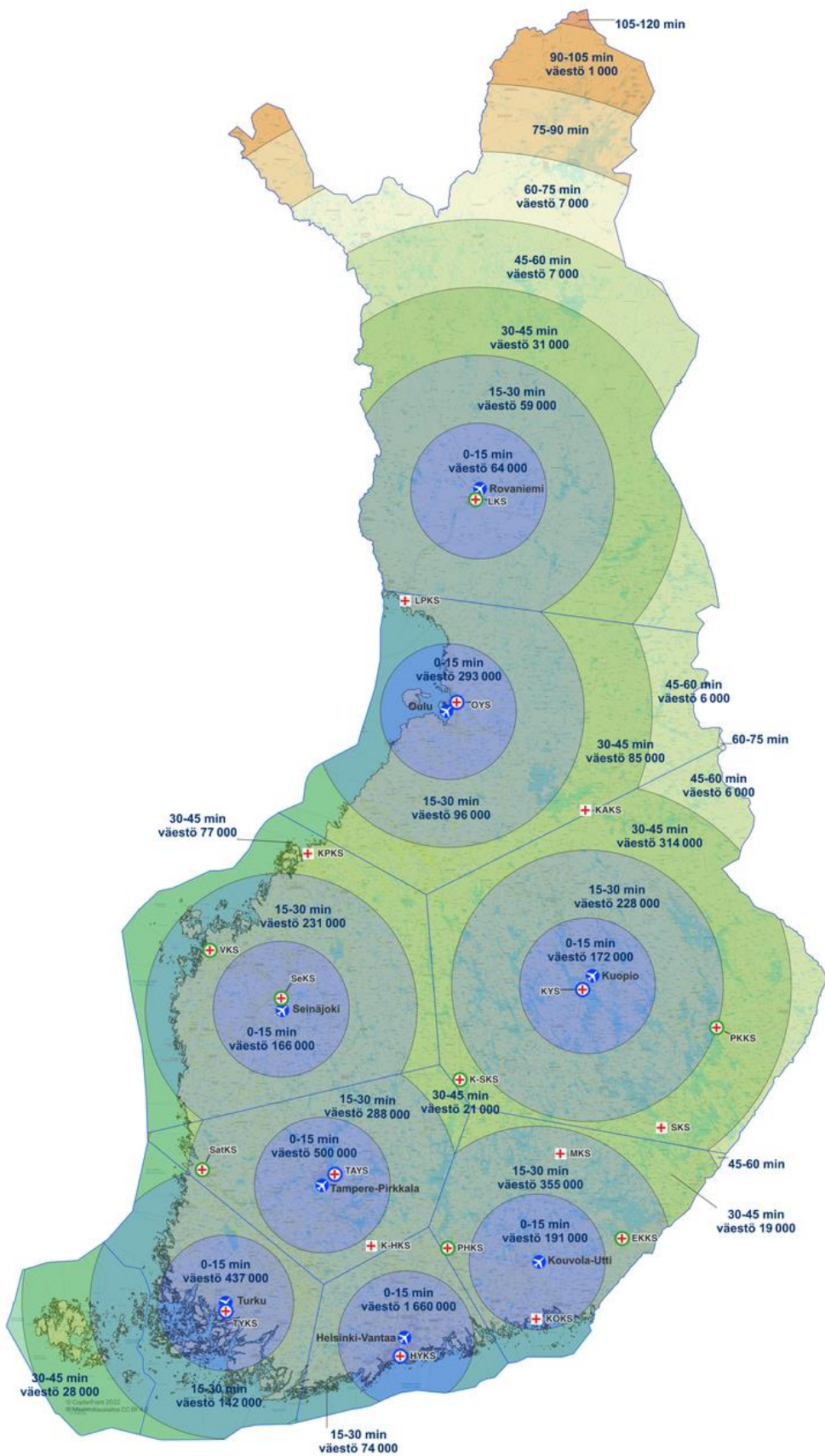
viimeiset vuosikymmenet vakiintunut osaksi ensihoitopalvelu- ja päivystysjärjestelmää. Toimintaympäristön ja myös kansainvälisen turvallisuusympäristön muutos sekä lääketieteen kehitys esimerkiksi onnettomuuspotilaiden ja tiettyjen akuuttihoitojen (akuutit sydän- ja aivotahtumat) osalta edellyttävät 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.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksen 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 kuvatusta poiketen ensihoitolääkäriin sijasta poikkeuksena kaksi ensihoitajaa. Helikopterimahdollisuuden lisäksi henkilöstö toimii lisäksi ns. maayksiköllä eli ensihoitolääkäri vieään 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 terveystieteiden tutkimuskeskus 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 5. Lääkäri- ja lääkärihelikopteripalvelun 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 2022:62.⁸

⁸ <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 vastikään tehty selvitys⁹. Lääkärihelikopteritoiminnan valtakunnallisen strategian valmistelun nimetty työryhmä, jonka työaika päättyi toukokuussa 2024.

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

2.1.6 Hyvinvointialueiden rahoitus ja hyvinvointialueiden väliset korvaukset

Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetussa laissa (617/2021, rahoituslaki) säädetään valtion rahoituksen myöntämisestä hyvinvointialueesta annetussa laissa 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, yliopistosairaalisien sekä 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 muutokset sekä mahdolliset tehtävämuutokset. Rahoituksen taso tarkastetaan jälkikäteen koko maan tasolla toteutuneita kustannuksia vastaavaksi kahden vuoden viiveellä.

⁹ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164373>

Hyvinvointialueen oikeudesta saada tarvittaessa lisärahoitusta säädetään rahoituslain 11 §:ssä. Jos rahoituksen taso muutoin vaarantaisi perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisen, hyvinvointialueella on oikeus saada valtiolta lisärahoitusta se määrää, joka on tarpeen mainittujen sosiaali- ja terveystalvelujen 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 hyvinvointialueesta annetun lain 123 §:n nojalla 122 §:ssä säädettyyn hyvinvointialueen arviointimenettelyyn.

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. Myös vuosi 2024 näyttäytyy alueiden raportointien talousarviotietojen perusteella lähes 900 miljoonaa euroa alijäämäiseltä. Alueet ovat käynnistäneet muutos- ja sopeutusohjelmia, joilla uudistetaan toimintaa ja sopeutetaan alueiden taloutta. Vuodelle 2025 hyvinvointialueiden rahoitukseen tehdään jälkikäteistarkistus, joka nostaa rahoituksen tasoa noin 1,46 miljardia euroa. Tämän ja muiden rahoituksen muutosten myötä hyvinvointialueiden rahoitus nousee valtiovarainministeriön kevään 2024 arvion perusteella 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 raportointien vuoden 2023 tilinpäätöstietojen mukaan - hyvinvointialueiden ja hyvinvointiyhtymien yhteenlaskettu asiakasmaksukertymä on noin 1,59 miljardia euroa. (Tutkihallintoa.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 miljoonaa euroa. Euromääräisesti suurimpia ovat sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön erikoistumiskoulutus ja yliopistollinen tutkimus, joista maksetaan korvauksia terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain nojalla. Lisäksi on useita pienempiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista aiheutuneita kustannuksia, joita hyvinvointialueille korvataan, esimerkiksi kotouttamisen piirissä oleville tai rintamaveteraaneille tuote-

tuista palveluista ja rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013) mukaisia korvauksia hyvinvointialueille silloin, kun hyvinvointialue on antanut terveydenhuollon palvelua henkilölle EU-lainsäädäntöön tai kansainväliseen sopimukseen perustuen sekä eräissä muissa tapauksissa. Myös esimerkiksi puolustusvoimat maksavat hyvinvointialueelle 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 eikä julkisen talouden suunnitelmassa 2024-2027.

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 terveystieteiden ministeriön 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 kustan-

nuslaskennan ja/tai tuotteistuksen periaatteet on tunnistettu yhdeksi kansalliseksi kehittämis-kohteeksi. 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 seuranta-tietoihin. 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 ennakoitua, 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 mukaisesti hyvinvointialueiden ohjauksen yhteensovittaminen säädetään valtiovarainministeriön tehtäväksi ja vahvistetaan ministeriön voimavaroja. Eduskunnan käsitteilyssä on hallituksen esitys (HE 2/2024 vp) hyvinvointialuelain ja eräiden muiden lakien muuttamiseksi siten, että hyvinvointialueiden ja valtion välisiä neuvottelukuntia ja neuvotteluita sekä valtioneuvoston asettamia valtakunnallisia strategisia tavoitteita koskevat säännökset yhtenäistettäisiin ja niitä koskeva sääntely siirrettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetusta laista ja pelastustoimen järjestämisestä annetusta laista hyvinvointialueesta annettuun lakiin. Hyvinvointialueesta annettuun lakiin lisättäisiin täsmennetyt säännökset valtiovarainministeriön tehtävistä hyvinvointialueiden ohjauksessa. Ehdotetuilla laeilla yhtenäistettäisiin hyvinvointialueiden valtion ohjausta, selkeytettäisiin valtiovarainministeriön roolia ohjauksessa sekä varmistettaisiin, että hyvinvointialueiden ohjaus on yhteensopivaa valtioneuvoston asettamien talous- ja finanssipoliittisten tavoitteiden kanssa. Hyvinvointialueen on seurattava alu-

eensa 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 15.1.2024.¹⁰

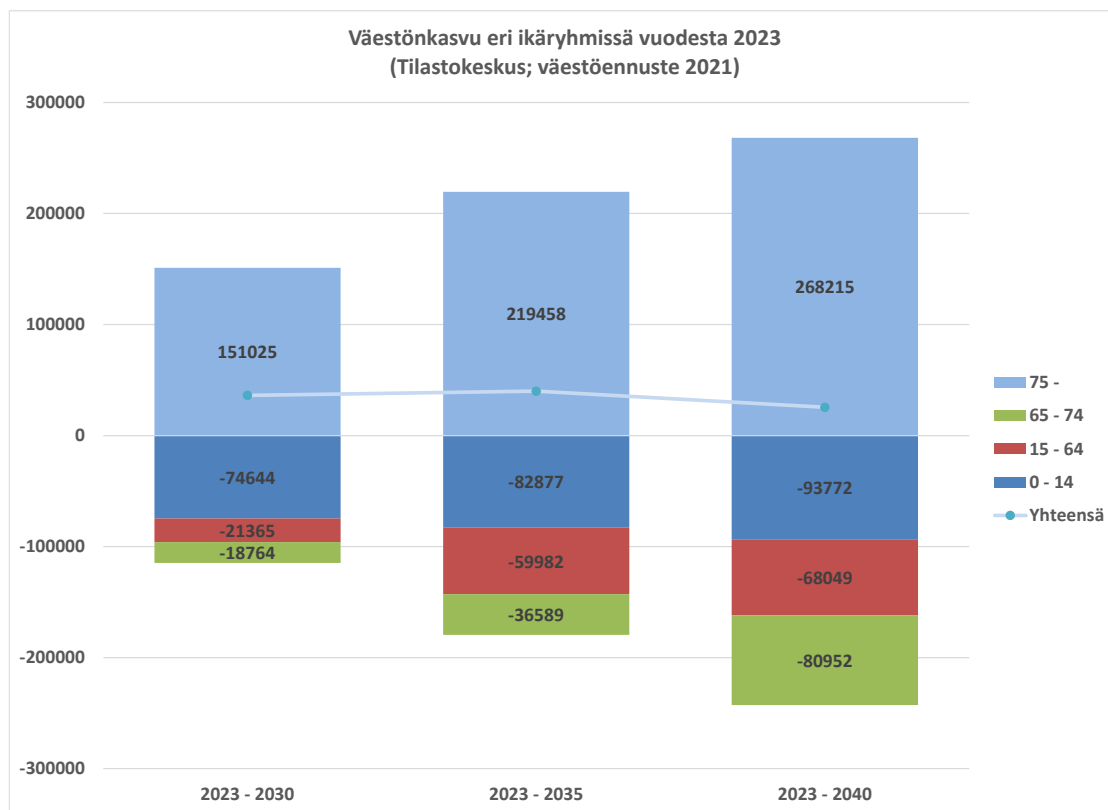
Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa terveydenhuollon palvelujärjestelmää myös ns. sisällöllisen ohjauksen keinoin. Terveydenhuoltolain 7 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Ministeriö 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 Duodecimien laatimia Käypä hoito – suosituksia sekä Hoitotyön tutkimussäätiön suosituksia. Yllä kuvatuilla keinoilla pyritään varmistamaan terveydenhuollon laatu, vaikuttavuus ja potilasturvallisuus, hoidonporrastus palveluyksiköiden 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 väestöennusteessa. Kun väestö kasvaa vuoteen 2040 mennessä noin 25000:llä 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:llä. Heidän osuutensa koko väestöstä kasvaa vuoden 2020 kymmenestä prosentista vuoden 2040 yli kuuteentoista.

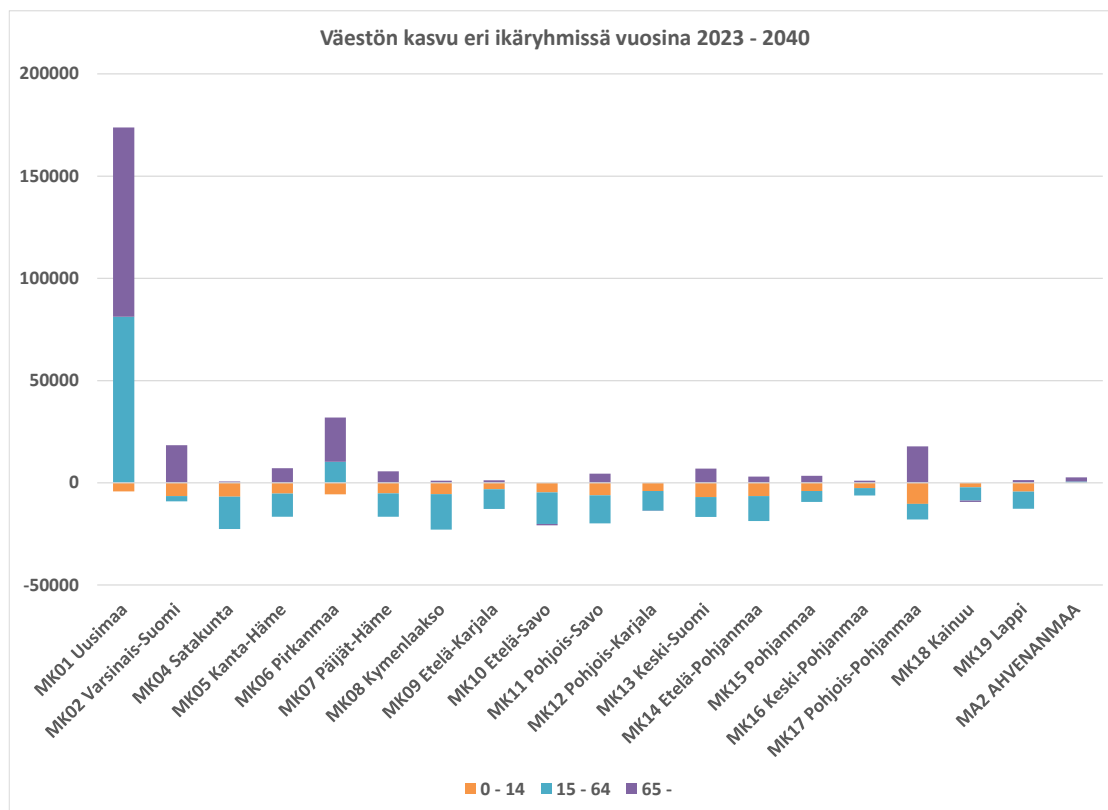
¹⁰ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165367>

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



Ennusteen mukaan väestön keskittyminen muutamiin maakuntiin jatkuu. Väestö kasvaa ylipääntään 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 lukuunottamatta 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. Lähde: XXXX



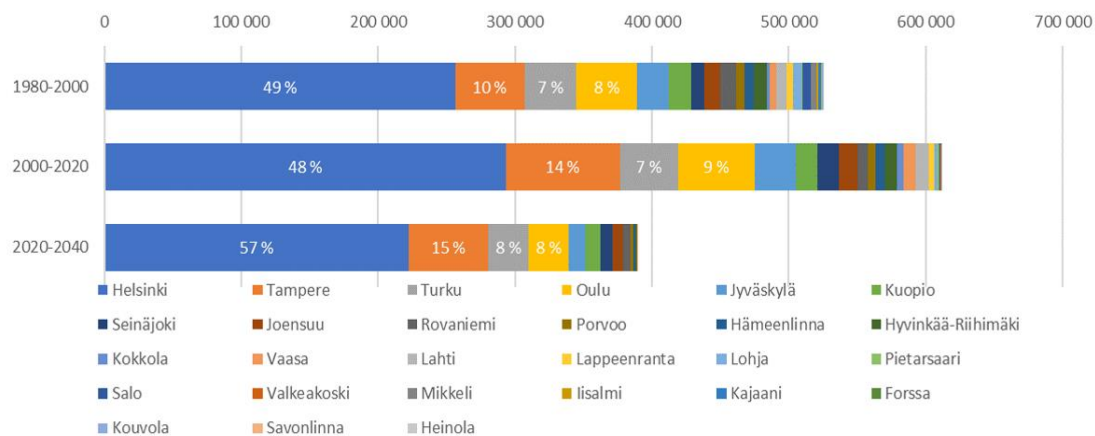
Väestönkehitys on manner-Suomessa vuosina 1990-2022 ollut kovin erilainen myös hyvinvointialueiden väestöpohjia analysoitaessa. Väestömäärä on pienentynyt erityisesti Itä- ja Kaakkois-Suomessa (noin 11-21 %) ja toisaalta myös Lapissa (13 %) ja Kainuussa (24 %) sekä Satakunnassa (12 %). Vastaavasti väestömäärä 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	Väestö- ennuste 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. Tilastokeskuksen kunnittaiseen väestöennusteeseen ja Suomen ympäristökeskuksen yhdyskuntarakenteen seurantatietoihin perustuen tehdyn ennusteen mukaan väestömäärä kasvaa vuosina 2020-2040 käytännössä vain isoimmilla kaupunkiseuduilla.

Kuvio 5. Väestönkasvun sijoittuminen eri kaupunkiseuduille 1980-2020 ja trendiennuste 2021-2040. Lähde: Tilastokeskus ja Syke.



Työkäisen 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. Työkäisen väestön kehitys hyvinvointialueittain 2024-2040 (ennuste). Lähde: Tilastokeskuksen datan pohjalta STM.

	Väestö 31.12. (TK väestöennuste 2021)						Muutos työkäisten määrässä		Työkäisten osuus koko väestöstä		
	Väestö 2024	2030	2040	2024	2030	2040	2024/2030	2024/2040	2024	2030	2040
KOKO MAA	5 569 645	5 598 821	5 588 011	4 084 617	4 053 082	3 944 210	-1%	-3%	73%	72%	71%
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	99 706	101 592	104 072	72 359	72 750	72 373	1%	0%	73%	72%	70%
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	204 413	210 932	219 729	150 386	152 869	154 463	2%	3%	74%	72%	70%
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	491 375	511 700	535 363	361 954	375 018	385 387	4%	6%	74%	73%	72%
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	290 351	309 052	330 131	219 148	232 166	245 634	6%	12%	75%	75%	74%
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	486 055	491 637	494 333	356 926	356 257	350 138	0%	-2%	73%	72%	71%
Satakunnan hyvinvointialue	209 704	201 574	189 132	149 833	141 219	128 673	-6%	-14%	71%	70%	68%
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	167 997	164 397	159 251	121 800	116 787	108 646	-4%	-11%	73%	71%	68%
Pirkanmaan hyvinvointialue	534 089	546 805	557 883	394 268	400 638	400 111	2%	1%	74%	73%	72%
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	203 560	199 927	193 194	146 397	140 374	131 588	-4%	-10%	72%	70%	68%
Kymenlaakson hyvinvointialue	156 461	148 033	136 233	112 909	104 219	91 752	-8%	-19%	72%	70%	67%
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	123 835	119 591	113 074	90 124	85 198	77 442	-5%	-14%	73%	71%	68%
Etelä-Savon hyvinvointialue	126 273	118 190	107 041	89 888	81 061	69 370	-10%	-23%	71%	69%	65%
Pohjois-Savon hyvinvointialue	244 837	239 850	230 413	178 526	170 609	157 169	-4%	-12%	73%	71%	68%
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	160 107	155 368	147 328	117 026	110 380	100 298	-6%	-14%	73%	71%	68%
Keski-Suomen hyvinvointialue	271 713	269 281	262 332	198 637	194 541	183 444	-2%	-8%	73%	72%	70%
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	188 439	182 921	173 749	133 390	126 819	116 192	-5%	-13%	71%	69%	67%
Pohjanmaan hyvinvointialue	175 246	173 694	169 533	124 332	121 935	116 994	-2%	-6%	71%	70%	69%
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	67 052	65 348	62 104	46 641	44 829	41 527	-4%	-11%	70%	69%	67%
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	416 845	418 307	416 214	301 181	299 362	287 610	-1%	-5%	72%	72%	69%
Kainuun hyvinvointialue	69 046	65 494	60 312	49 771	45 495	39 660	-9%	-20%	72%	69%	66%
Lapin hyvinvointialue	173 527	169 391	162 937	126 453	120 446	110 933	-5%	-12%	73%	71%	68%
Helsingin kaupunki	677 923	703 540	730 098	520 362	537 419	551 609	3%	6%	77%	76%	76%

2.1.9 Henkilöstötilanne

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 terveystalouden 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 hyvinvointialueyönantajat KT tiedusteli hyvinvointialueilta niiden vakanssien täyttötilannetta kyselyllä yhden lokakuun 2023 päivän aikana¹¹. 13 hyvinvointialuetta vastasi muita ammattilaisia kuin lääkäreitä ja hammaslääkäreitä koskevaan tiedusteluun. Lääkäreitä koskevaan kyselyyn saatiin 17 hyvinvointialueelta vastaus, joskin niistä osa raportoi vain erikoissairaanhoidon tilanteen. Vajeearvion 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 julkinen että yksityinen, N	Poikkileikkaus 10/2023, hyvinvointialueet, N
Lähihoitajat (sosiaali- ja terveydenhuolto yhteensä)	6140	2377
Sairaanhoitajat	5336	2163
Lääkärit, perusterveydenhuolto		312
Lääkärit, erikoissairaanhoido	865	554
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.

¹¹ Ruskoaho J. Pahin pula on lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä. KT-lehti 2/2024

Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittäneen verkoston¹² mukaan hyvinvointialueiden 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 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 merkittävä sekä sosiaali- (erityisesti ikäntyneiden) ja terveystaloudissa. 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.¹³ Lääkärityövoiman vajetta on lähes kaikilla lääketieteen erikoisaloilla. Kunta- ja hyvinvointialueuonantajat KT tiedusteli hyvinvointialueilta niiden vakanssien täyttötillannetta 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.

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

Erikoisala	Erikoislääkärivaje %	Erikoistuvien lääkäreiden vaje %	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

¹² STM (2024). [Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittävän verkoston raportti](#).

¹³ STM 2022, s.18

Yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien sisäänottomääriä on lisätty vuodesta 2011 alkaen (n. 600 opiskelijaa) siten, että v. 2021 opinnot aloitti 750 opiskelijaa. Valmistumisprosentti on perinteisesti ollut korkea, n. 95 %. Lisätyt sisäänotot alkavat näkyä valmistuneiden määrissä 2020-luvulla, jolloin uusia lääkäreitä valmistuu noin 700 vuosittain.¹⁴

Kotimaisten yliopistojen lisäksi ulkomaisissa yliopistoissa opiskeli lääketiedettä yli 1100 suomalaista, joista n. 60 % suunnitteli palaavansa Suomeen.¹⁵ Lääkäriliitto alkoi seurata ulkomailla lääketiedettä opiskelevia suomalaisia lukuvuonna 2011–12, jolloin heitä oli noin 300. Suosituin opiskelumaa on ollut Ruotsi (n. 300 opiskelijaa viime vuosina). Latviassa opiskelee lähes saman verran, Romaniassa n. 170 ja Virossa noin 100 suomalaista.

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.¹⁶ Erikoislääkäritarvetta nostaa väestön ikääntyminen ja lääkäreiden osa-aikatyön yleistyminen.¹⁷ Viime vuosina erikoissairaanhoidossa on ollut täyttämättä 600–700 lääkärin tehtävää. Erva-alueista eniten vajetta oli syksyllä 2021 Tyks-ervassa ja paras tilanne oli Hyks-ervan alueella.¹⁸

Vuosina 2012–2021 uusia erikoislääkäreitä on valmistunut vuosittain keskimäärin noin 620, viime vuosina noin 700. Jos uusia erikoislääkäreitä valmistuu tulevana 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 tahtuu.¹⁹ 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.²⁰KT:n selvityksen mukaan perusterveydenhuollossa on huomattava lääkäriajavahe (täyttämättömiä tehtäviä) (taulukko 7).

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

	Erikoislääkäri-vaje %	Erikoistuvien lääkäreiden vaje %	Vaje yhteensä %	Vaje yhteensä lkm	Ostopalvelu %	Virkoja yhteensä n
Terveyskeskuslääkärit - yleislääketiede	11,1	15,0	13,3	229,9	10,0	1723,9

¹⁴ STM 2022, s. 17.

¹⁵ STM 2023, s. 8.

¹⁶ STM 2022, s. 20.

¹⁷ STM 2023, s. 8.

¹⁸ STM 2022, s.40 Työvoimatieusteluissa vajeeksi lasketaan tehtävät, joissa ei ollut tekijää tutkimuspäivänä. Sijaisella, vuokratyöntekijällä tai erikoistuvalla lääkärillä täytetyt tehtävät ole vajetta. Muiden kuin julkisen sektorin osalta tilastotietoa ei ole käytettävissä. Myöskään sairaanhoitopiirikohtaista tietoa ei ole julkaistu.

¹⁹ STM 2022, s. 20–21

²⁰ STM 2022, s. 19.

Terveyskeskuslääkärit - geriatrია	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

Lääkärivaje 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%.²¹

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. Terveyskeskuslääkäreillä on havaittu toistuvasti muita enemmän jatkuvan kiireen, hallitsemattoman työmäärän ja resurssipulan aiheuttamaa kuormitusta.²²

Lääkärit jäävät tällä hetkellä keskimäärin noin 65-vuotiaina vanhuuseläkkeelle. Lähivuosina eläköityvien määrä on noin 600 lääkärinä vuodessa, mutta määrä laskee 2030-luvulle tultaessa noin 500 lääkärinä vuodessa. Noin 60 % lääkäreistä eläköityy hyvinvointialueiden tehtävistä ja noin puolet eläköityneistä lääkäreistä jatkaa työskentelyä vielä eläkkeellä ollessaan. Laskennallisesti 65–65 –vuotiaiden lääkärin työmarkkinoille osallistuminen vastaa noin 500-600 kokoaikaisen lääkärin työpanosta.²³

Erikoislääkäreistä 52 % saavuttaa eläkeiän (65- v) vuoteen 2035 mennessä.²⁴ Erikoislääkärien eläköityminen on suurimmillaan v. 2022–2028, jolloin n. 500 erikoislääkärinä jää vuosittain eläkkeelle. Monella erikoisalalla valmistuvien erikoislääkäreiden määrä ei 2020-luvulla riitä korvaamaan eläköityvien määrää.

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.²⁵

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.

²¹ [Lääkäriliitto 2022.](#)

²² [Lääkäriliitto 2022.](#)

²³ [STM 2022](#), s. 40.

²⁴ [STM 2023](#), s. 8.

²⁵ [THL tilastoraportti](#)

Viime vuosina hoitohenkilöstöön liittyvä työvoimavaje on pahentunut sekä julkisessa että yksityisessä palvelutuotannossa.²⁶

Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kätilöt, ensihoitajat

Sairaanhoitajan ammateissa toimivista lähes 85 prosenttia toimi sairaanhoitajina (sisältää amk-ensihoitajat), kolme prosenttia kätilöinä ja 12 prosenttia terveydenhoitajina.²⁷ Kätilöistä, ensihoitopalvelun ensihoitajista ja terveydenhoitajista ei juurikaan työvoimavajetta, vaan suurin vaje keskittyy sairaanhoitajiin.²⁸

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.²⁹

Sairaanhoitajien eläköityminen on varsin suurta tällä vuosikymmenellä. Viiden seuraavan vuoden kuluessa on arvioitu eläköityvän noin 8500 sairaanhoitajaa, joista julkiselta sektorilta noin 7000.³⁰ Kunta-alalta eläköityy vuosien 2022–2031 aikana 24,6 % sairaanhoitajista, 31,2 % terveydenhoitajista ja 45 % osastonhoitajista.³¹

Koulutuspaikan sairaanhoitajatutkintoon vastaanottaa vuosittain vajaa 5000 henkilöä. Viime vaalikaudella sairaanhoitajien koulutuspaikkoja lisättiin määräaikaisesti 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.³² Koulutuksen aloituspaikat on kuitenkin saatu varsin hyvin täytettyä.

Lähihoitajat

Lähihoitajan tutkinto on ammatillinen sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, jonka kesto on kolme vuotta. Lisäksi lähihoitajaksi on mahdollista opiskella ammattia vaihtaen oppisopimus-koulutuksena. Lähihoitajavaje on viime vuosina ollut voimakkaassa kasvussa. Lähihoitaja on ollut vuonna 2020 suomalaisten työssäkäyvien toiseksi yleisin ammatti. Arvioiden mukaan lä-

²⁶ [STM 2023](#)

²⁷ [Sairaanhoitajaliitto](#)

²⁸ [STM 2023](#)

²⁹ [Sairaanhoitajaliitto](#)

³⁰ [STM 2023](#)

³¹ [Sairaanhoitajaliitto](#)

³² [Sairaanhoitajaliitto](#)

hihoitajista työskenteli sosiaalipalveluissa 73 % ja terveyspalveluissa 27 %. Lisäksi 15 % työskenteli muulla kuin sote-alalla. Huomattavan suuri osa lähihoitajista jatkaa opintoja sairaanhoitajaksi.³³

Lähihoitajan ammattioikeuksia oli vuoden 2022 lopussa alle 65-vuotiailla 180 434 sosiaalihuollossa ja 13 535 terveydenhuollossa. Sama henkilö voi olla rekisteröityneenään molemmissa. Lähihoitajan ammattinimikkeiden laillistusten määrää 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.³⁴

Koulutuspaikkoja hoitajamitoituksen vuoksi on linjattu lisättävän 5000:lla vuoteen 2025 mennessä. Uusien opiskelijoiden määrien ennakoidaan edelleen kasvavan ja pysyvän korkealla tasolla 2023. Pysyvien koulutuspaikkojen lisäyksen tarvetta on mahdollista arvioida aikaisintaan vuonna 2024, kun nähdään tehtyjen koulutuksen lisäysten vaikutukset.³⁵

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 kestävyyttä 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. Pienenevästä ikäluokista ei voida jatkuvasti kouluttaa entistä suurempaa suhteellista osaa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Väestörakenteen muutoksiin on välttämätöntä reagoida yhteiskunnan sosiaalisen ja taloudellisen kestävyys- ja 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 90%. Samaan aikaan perusterveydenhuollon avohuollon menot ovat laahanneet lähes paikallaan ollen noin 2,3 miljardia

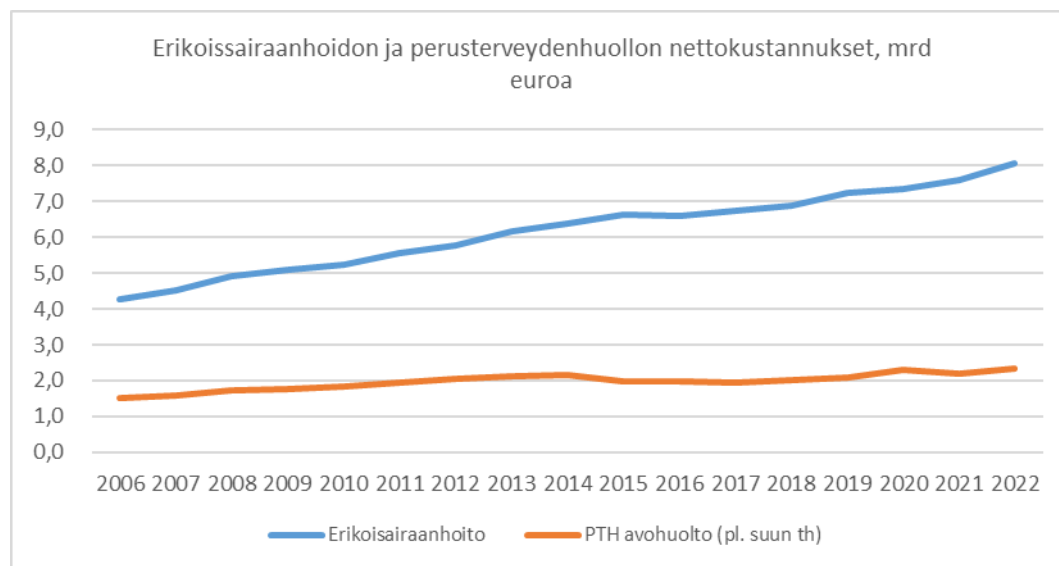
³³ [STM 2023](#)

³⁴ Vertikal selvitys

³⁵ [STM 2023](#)

euroa vuonna 2022 (Kuvio 6). Erikoissairaanhoidon kuluu rahaa siis noin 3,5 kertaa enemmän kuin perusterveydenhuollon avohoitoon.

Kuvio 6. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kustannukset 2006-2022. Lähde: Sotkanet³⁶



Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää haastavat useista syistä pitkään kertynyt hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelka ja julkisen talouden vaikea tila sekä erityisesti nopeasti hankaloitunut henkilöstövaje. Osajien 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 terveysministeriön vuosittaisessa selvityksessä³⁷ arvioidaan järjestämislain 31 §:n perusteella hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaista toteutumista ja rahoituksen tason riittävyyttä. Vuoden 2023 arviointi on tehty valtakunnallisella tasolla hyödyntäen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arvioiteja sekä hyvinvointialueilta ja valvoilta viranomaisilta saatuja selvityksiä.

³⁶ https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=s_a3tbZIBAA=®ion=s07MBAA=&year=sy5zsc7S0zUEAA==&gender=t&t=line

³⁷ 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 rahoituskehityksen 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. Kehittämissuunnitelmia 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 järjestämismääräysten toteutumisen lainmukaisesti. Aiempien investointipäätösten mukaiset uudistamistoimien 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 johtopäätöksiä 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 yhtäaikaista normi-, resurssi-, informaatio- ja vuorovaikutusohjeuksen käytettävissä olevia työkaluja.

Kunkin hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän on kyettävä varmistamaan järjestämismääräysten toteutuminen. Kullakin hyvinvointialueella olisi riitettävä osaajia juuri

kyseisen alueen vastuulla oleviin ja/tai vastuulle tuleviin tehtäviin. Kokonaisuutta on tarkasteltava myös laajemmin kuin yhden hyvinvointialueen tasolla, eli yhteistyöaluetasoisesti. 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 palvelupolun, henkilöstön aseman, tehtävämuutokset ja rekrytointi sekä mahdollisesti tarvittavat investoinnit (tilat, laitteet). Huonoin vaihtoehto on, että palvelujärjestelmässä joudutaan tekemään äkillisiä ratkaisuja henkilöstö- tai taloustilanteen kriisityydessä. 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 terveystoimissa runsaasti etenkin ikääntyneiden palveluissa. Määrällisesti suurin vaje on terveyskeskuksissa toimivasta lääkäreistä. Tämä on pidentänyt hoitojonoja ja johtanut merkittävään vuokratyövoiman käyttöön erityisesti päivystystoiminnassa. Terveyskeskusten lääkäriajavahe 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. Naistentautien ja synnytysten erikoisala kuuluu suuriin erikoisaloihin, joilla vajetta on melko paljon. Ostopalveluiden käyttö on kuitenkin vähäistä.

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 juurisyynä 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 voidaan 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 henkilöstöriippuvuutta 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 vuonna 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 palveluverkko, 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 ammattilaisrunkien 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 mitäkin 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 aikaan saada, 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 (lukuunottamatta Uttamaata) voi olla yksi synnytysairaala. Myös Uudellamaalla tulee synnytysairaaloiden määrää vähentää nykyisestä.

-poikkeuslupamenettelystä koskien synnytysten lukumääriä luovutaan

3. Jokaisella hyvinvointialueella (lukuunottamatta 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 synnytysairalaan 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 päivystyslinjoja 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 määrittellä 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 (lukuunottamatta Uttamaata) on yksi akuuttisairaالاتasoinen ympärivuorokautisesti, eli siis yöaikaankin, päivystävä sairaala, ellei siellä ole kohdissa 1 tai 2 kuvattua keskus- tai yliopistosairaala. Uudenmaan alueen sairaalat on arvioitava samojen periaatteiden mukaan.

-akuuttisairaalassa on akutologinen ympärivuorokautinen päivystys tarvittavilla erikoisaloilla painottuen konservatiivisiin erikoisaloihin mutta tarvittaessa myös esim. anesthesiologia, psykiatria

-akuuttisairaalassa 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 erikoisalan osastot sote-keskusten yhteydessä

-kun potilasturvallisuus ei edellytä ympärivuorokautista (yöaikaista) lääkärin läsnäolopäivystystä. Yöaikainen etäkonsultaatiomahdollisuus.

Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon muunlaiset yksiköt esimerkiksi kuntoutus- tai arviointiyksiköt, kotiutusyksiköt, asumisyksiköitä eivät ole määritelmältään sairaaloita eivätkä osastoja. Niissä voidaan kuitenkin toteuttaa kotisairaalaohitoja.

2.2.3.2 Lastentautien somaattisen erikoissairaanhoidon kansallinen työnjako –työryhmän selvitys

Sosiaali- ja terveysministeriön kansliapäällikkö asetti syksyllä 2023 yliopistollisten sairaaloiden lastentautien yksiköiden 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 vaativimman 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 käsittelee 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 terveyspalveluiden keskittämisestä

(täydennetään, kun tarkastuskertomus julkaistaan)

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

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa³⁸ on kehitetty sekä perustason sosiaalipalveluja, että terveyspalveluja. Ohjelman kautta on uudistettu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintatapoja ja palvelukokonaisuuksia. Kaikkien hankkeiden tuli kehittää hoitoon pääsyn parantamista 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, asiakastyytyväisyyden 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.

³⁸ [Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2023 : Ohjelma ja hankeopas](#)

Yleiskuvaltaan sote-keskus -ohjelmassa tehdyn kehittämistyön vaikutus ei ole vielä näkynyt seurattavissa mittareissa keväällä 2023 valmistuneen kansallisen seurannan ja arvioinnin perusteella.³⁹ 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. Loppuarviointi on meneillään ja valmistuu elokuussa 2024.

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

Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi osaltaan EU:n kertaluonteisesta elpymisvälineestä (Next Generation EU) rahoitettavaa Suomen kestävä kasvun ohjelmaa⁴⁰. Suomen kestävä 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 kestävä 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 terveyspalvelut 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 puolivuotiskyselyin kautta. Kansallisina indikaattoreina seurataan muun muassa perusterveydenhuollon hoitopääsyn 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 palvelutarjottimelle, joiden avulla asukkaat löytävät helposti alueensa palvelut. Valmisteilla on myös käytäntöjä hyvinvointi-, liikunta- ja kulttuurilähetille.

Kaikissa Suomen kestävä kasvun ohjelman STM:n hallinnonalan tavoitteissa on edetty kohti päämääriä, jotka on asetettu vuoden 2024 tai 2025 loppuun.⁴¹ Esimerkiksi hoitopääsyn 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

³⁹ [Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi: Kevät 2023. THL – Työpaperi 29/2023](#)

⁴⁰ [Suomen kestävä kasvun ohjelma : Elpymis- ja palautumissuunnitelma](#)

⁴¹ <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/kansallinen-suomen-kestavan-kasvun-ohjelma>

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 loppuraportti⁴².) 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. valtionavustuksella⁴³ 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 –ohjelmaa⁴⁴ kaikilla viidellä yhteistyöalueella. Valtionavustus on kohdistettu Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen (2019:68)⁴⁵ 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 tänä vuonna.

VNTEAS hanke: Kotisairaaloiminnan toteuttamismallit ja vaikuttavuus

Ajankohtaisesti meneillään on myös VNTEAS hanke: Kotisairaaloiminnan toteuttamismallit ja vaikuttavuus (2023-2024)⁴⁶, 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,

⁴² <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164291>

⁴³ <https://stm.fi/neljas-valtionavustushaku>

⁴⁴ <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/palliativisen-hoidon-palvelujen-tuottaminen-ja-laadun-parantamisen-ohjelma>

⁴⁵ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161946>

⁴⁶ <https://www oulu.fi/fi/projektit/kotisairaaloiminnan-nykytila-vaikuttavuus-ja-mittaaminen>

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 työryhmäkokoontaminen. Työryhmäkokoontaminen tekee vuosittain yhteenvedon toimenpiteiden edistymisestä ja toimeenpanosuunnitelmaa päivittää tämän perusteella.

Hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittänyt verkosto

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman hyvinvointialueiden vuokratyövoiman käyttöä selvittäneen verkoston tehtävänä oli muodostaa tilannekuva vuokratyön käytöstä ja palvelujen os- toista tarvittavassa laajuudessa, sekä tunnistaa, aikatauluttaa ja suunnitella toimeenpanoa koskevat toimet vuokratyön käytön vähentämiseksi.

Verkosto toi esille helmikuussa 2023 julkaisemassaan raportissa⁴⁷, että vuokratyövoiman käyttö on kasvanut kiihtyvällä tahdilla viimeisimpinä vuosina ja erityisesti vuoden 2023 aikana, kun

⁴⁷ <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165442>

hyvinvointialueet ovat aloittaneet toimintansa. Vuokratyövoimaan käytettyjen kustannustenkasvu 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 hoitajajonoja 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. Uudenaan osalta HUS-yhtymä vastaa ympärivuorokautisen 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 hyljittää erikoissairaanhoidon kustannuskehitystä, varmistaa yhdenvertaisuutta ja palveluiden laatua ja potilasturvallisuutta, taata palvelujärjestelmän toimintakyky normaaliolojen lisäksi erilaisissa

erityistilanteissa ja poikkeusoloissa sekä edesauttaa henkilöstön ja osaajien 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 sairaanhoitopiiriä 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 erikoissairaanhoidon 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 laajempien 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) sovietaan 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 karsivat kunnat myös ilta- ja viikonloppuaikaista kiireellistä vastaanottoa. Mikäli virka-aikainen terveyskeskusten kiireellisen hoidon kapasiteetti ei riittänyt väestön tarpeisiin, ohjattiin potilaat ylivoitona yhteispäivystyksiin, mitä toimintamallia väestö oppi toteuttamaan myös omatoimisesti. Yhteispäivystyksissä ja ympärivuorokautisissa perusterveydenhuollon päivystyksissä on puolestaan ollut välttämätöntä yleislääketieteen päivystäjiä saadakseen muokata päivystyksen palvelusuhde-ehtoja houkutteleviksi tai toisaalta hankkia päivystäjätövoimaa osto- ja vuokratyövoimana. Tämä on nostanut työpa-

noksen 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 aiemmin fyysistä kohtaamista edellyttäviä palveluita 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 ennakkoivan 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 keskussairaaloissa. 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 kustannusvaikutavuus. 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 ole vielä ehtineet näyttäytyä päivystys- ja sairaalaverkon osalta koko laajuudessaan. Vaikka merkittäviä muutoksia palveluverkkoon tarvitaan nyt ja mahdollisesti myös tulevina vuosina, on muutos toteutettava hallitusti. Tämän vuoksi se, että tässä hyvinvointialueiden vaiheessa lähdetäisiin muokkaamaan myös keskussairaalaverkostoa, voisi olla riski. Näin ollen tässä vaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatitavoitteiden saavuttamisen tukemiseksi on perusteltua, että jokaisella hyvinvointialueella on edelleen yksi joko yliopistollinen sairaala tai keskussairaala, jossa voi olla

ympäri vuorokautista leikkaussalivalmiutta edellyttämää kirurgiaa sekä voidaan hoitaa synnytyksiä, mikäli muutoin laissa säädetty edellytykset täyttyvät. Hyvinvointialueiden yhteistyötä ja työnjakoa erikoissairaanhoidon palveluissa kuitenkin on tarpeen ohjata ja tukea muulla tavoin.

Ympäri vuorokautisten sairaaloiden määrää ja niiden palveluvalikoimaa on kuitenkin pystyttävä nykyisestään 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 tai keskussairaala.

Sairaalaverkkotyöryhmä arvioi (ks. jakso 2.2.3.1), että nykyinen Suomen ympäri vuorokautisesti 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 ympäri vuorokautisesti yhteispäivystävän sairaalan (Länsi-Pohja, Oulainen, Salo, Savonlinna ja Valkeakoski), jota ylläpitävällä hyvinvointialueella on myös joko yliopistollinen sairaala tai keskussairaala, operatiivisen ympäri vuorokautisen 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 terveystieteiden valtiokunta otti eduskunnan edellisellä kaudella kantaa päivystysääntelyn uudistamistarpeisiin. Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunta ilmaisi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa uudistusta käsitellessään käsityksensä, että siirrettäessä järjestämistä vastuu hyvinvointialueille yksityiskohtaisesti määritelty eri laajuisten ja tasoisten päivystysten sääntely ei ole tarpeellista, vaan hyvinvointialueiden omaa päätösvaltaa niiden käytettävissä olevan hoidon puitteissa voidaan lisätä. Tätä puoltaa valtiokunnan mukaan myös se, että käytännössä mainittujen tasojen väliset erot etenkin laajan ympäri vuorokautisen yhteispäivystyksen ja muun ympäri vuorokautisen yhteispäivystyksen osalta eivät ole tarkkarajaisia, koska muut kuin laajan ympäri vuorokautisen päivystyksen sairaanhoitopiirit ovat voineet määrittää itse päivystystään laajemmaksi kuin mihin laki velvoittaa. Kuitenkin laajan ympäri vuorokautisen 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 riittävydessä ja saatavuudessa ongelmat ovat kärjistyneet, vaikka niitä on osattu ennakoita jo vuosia. Nopeita ratkaisuja henkilöstötilanteen korjaamiseksi ei ole. Toisaalta hyvinvointialueiden vaikea taloustilanne aiheuttaa alueellisten muutoshelmien 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 terveystieteiden palveluita 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 keskittämissetuksessa on mahdollista säännellä toiminnasta tarkemmin, ja asetuksia on myös usein ketterämpää muuttaa.

Toisaalta myös esimerkiksi luopuminen 50 §:n 3 ja 4 momentissa säädetystä jaottelusta niihin sairaaloihin, joiden ympärivuorokautinen on säädöksin säädetty laajemmaksi kuin toisten, vaatii 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 esim. eriaistiset 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 oli 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=18), alueiden muissa sairaaloissa (n=8) 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 riittävydessä ovat kuitenkin pitkäaikaisesti ruuhkauttaneet yhteispäivystykset. Yhteispäivystyksissä on suuri osa potilaita, 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 iltapäivä-aikana. Jatkohoitopaikkaan ja tarvittaviin jatkohoitopalveluihin pääsyn varmistaminen vähentäisi painetta yhteispäivystyksissä ja sairaaloissa. Yhteispäivystysyksiköissä tarjolla olevat runsaat erikoissairaanhoidon tutkimusmahdollisuudet ovat myös osin johtaneet perusterveydenhuoltotasoisten potilaiden ylidiaagnostiikkaan ja ylihoitoon ja lisänneet kokonaiskustannuksia.

Terveydenhuoltolain 50 §:n 2 momentissa säädetään, että hyvinvointialueen on järjestettävä terveydenhuollon iltapäivä- ja viikonlopun päivääkainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää. Päivystystä koskeva sääntely uudistettaessa (HE 224/2016 vp) täsmennettiin sääntelyä kunnan ja kuntayhtymän vel-

voitteesta järjestää terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikaista perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanottoa, eli voimassa olevan terveydenhuoltolain 50 §:n 2 momentin sääntelyä. Lain perusteluissa todettiin, että terveyskeskuksissa järjestettävän kiireellisen vastaanotto toiminnan tarkoituksena on turvata lähipalveluna kiireellisen hoidon saaminen tavanomaisissa terveysongelmissa, joiden hoito ei edellytä päivystysyksiköihin koottua osaamista. Hoidon porrastuksella ja kiireellisen vastaanotto toiminnan 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 vastaanottoa tavoiteltiin laajenevaksi kompensoimaan pidentyviä asiointimatkoja. Tämä ei kuitenkaan ole toteutunut osalla alueista ja on osin jopa kokonaan lakannut.

Taulukko 8. Eri hyvinvointialuilla 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 iltatäi viikonloppun kiirevastaanottoa
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	Ei iltatäi viikonloppun kiirevastaanottoa
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	Järvenpää arkisin klo 16-20, viikonloppuisin klo 8-20
Kymenlaakson hyvinvointialue	Ei iltatäi viikonloppun 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 iltatäi viikonloppun kiirevastaanottoa
Länsi-Suomen yhteistyöalue	
Pohjanmaan hyvinvointialue	Ei iltatäi viikonloppun 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 läheteellä 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, lievemmat traumat ja haavat, lievemmat 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 terveydenhuoltosäätiön 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 volyyymi on suuri, mutta valtaosa käynneistä sellaisia, jotka voisivat potilaan terveydentilan vaarantumatta toteutua yhdestä kolmeen päivän sisällä ja pääosin virka-aikaan. Yöaikaan ei yleislääketieteen käyntejä tarvittaisi

lähes lainkaan terveydentilan näkökulmasta, vaan potilaat pitäisi pystyä ohjaamaan vastaanotolle päivä- ja ilta-aikaan ja esimerkiksi asumisyksiköissä palvelutarvetta pitäisi yrittää ennakoita ja konsultoida hoitavaa tahoa jo päivä- ja ilta-aikaan. Usealla hyvinvointialueella on painostettu kotihoidon ja asumispalveluiden etälääkärikonsultaatiotukeen. Myös esimerkiksi liikkuvat ja jalkautuvat palvelut ovat osoittautuneet hyväksi. 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 tarjolla on. Olemassa olevaa ohjeistusta päivystyksen hoidon kriteereistä tulisi noudattaa, minkä edellytyksenä toisaalta on, että yhdestä kolmeen päivän sisällä vastaanotolle ohjattu potilas sinne myös pääsee. Kiireellisen hoidon perusteiden toteutumisen seurannan vastuu on terveydenhuoltolain 7 §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriöllä ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella.

Väestön ohjausta ja neuvontaa varten on rakennettu kansallisia ohjaus- ja neuvontapalveluita. Digi Finland 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 pahemmaksi. Näitä palveluita ja niiden tunnettuutta tulee kehittää jatkuvasti.

Sairaalaselvitystyöryhmä (ks. jakso 2.2.3.3) 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 tarjolla on. Väestöä pitää ohjata, neuvoa oikea-aikaiseen hoitoon hakeutumiseen. Olemassa olevia kansalliset kiireellisen hoidon kriteereitä sekä aikuisille että lapsille tulisi noudattaa hoidon tarpeen arvioissa 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-arviointiyksiköt (ikäihmiset, asumispalvelut) sekä kotisairaala. Näiden avulla pystyttäisiin myös kompensoimaan piteneviä etäisyyksiä ja edesauttamaan kielellisten oikeuksien toteutusta asiakaslähtöisesti.

Yllä on kuvattu perusteet, miksi sekä ympärivuorokautisesti päivystävien yhteispäivystysten että poikkeusluvalla toimivien perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen yksiköiden lukumäärää on syytä vähentää. Osa näiden ylläpitoon käytettyjä henkilöstöresurssia ja taloudellista resurssia tulisi kohdentaa virka-aikaiseen ja ilta- ja viikonloppuaikaiseen 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 järjestämistä 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 pyydetään 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 (ks. jakso 5, muut toteuttamisvaihtoehdot). Hallitus on kuitenkin linjannut, että tätä vaihetta kaksi ei edistetä. 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, anestesio- logian, lastentautien ja kirurgian erikoisalojen lääkäreinä sekä hoitohenkilöstön osalta kä- tilöinä ja leikkaustoiminnassa avustavana henkilökuntana, vuodeosastoilla sekä tukipalveluissa. Työryhmä myös katsoi, että synnytyssairaaloiden määrän vähetessä pitkien etäisyyksien hallin- taa 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 2022. Vuoden 2017 jälkeen synnytystoiminta on loppunut Kätilöopistolta (v. 2018) ja Oulaskankaalta (v. 2019). Syntyvien lasten määrä on vuo- desta 2012 alkaen vähentynyt Suomessa 59039 vuosittaisesta synnytyksestä vuoteen 2022 mer- kittävästi eli 44 589 vuosittaiseen synnytykseen (vähennystä -25 %).

Koska synnytysten hoidon edellyttämän useiden päällekkäisten ympärivuorokautisten lääkäri- ja hoitajarinkien ylläpitäminen vaatii merkittävää resursointia, mitä enemmän sairaalassa hoi- detaan synnytyksiä lukumääräisesti, sen tehokkaammassa käytössä kyseinen resurssi on. Vast- taavasti synnytysmäärien pienentyessä kyseinen resursointi on vaikea hyödyntää ja syntyy te- hotonta varallaoloa. Synnytysten hoidon vuoksi sairaalaan sitoutuvalla henkilöstöresurssille ei ole pienissä sairaaloissa ilta-, yö- tai viikonloppuaikaan muutoin tarvetta esimerkiksi muun ki- rurgisen toiminnan tai lasten- ja naistentautien potilaiden kiireelliseen hoidon toteuttamiseksi.

Jaksossa 2.1.4 on kuvattu synnytysten määrää Suomen sairaaloissa. Usea sairaala tarvitsee so- siaali- 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 poikkeusmenette- lystä, edellyttäisi se korvaavaa sääntelyä siitä, minkä edellytysten täytyessä ja/tai missä sairaa- loissa synnytyksiä saa hoitaa. Lainsäädännössä on tarpeen säätää riittävät menettelyt sen var- mistamiseen, että kansallisesti on riittävä ja turvattu synnytyssairaaloiden palveluverkko, mutta toisaalta keinot puuttua tilanteeseen, mikäli synnytysten sairaalakohtainen lukumäärä jatkossa vähenisi merkittävästi, mikä puolestaan toisi riskejä potilasturvallisuuteen, henkilöstön riittä- vyyteen tai kustannusvaikuttavuuteen. Yksinomaan yksittäisten hyvinvointialueiden päätöksen- teon varaan jätettynä voitaisiin tulevina vuosina tehdä päätöksiä joko siten, että synnytyssairaa- loita harvenisi liikaa tai siten, että liian pieniä yksiköitä ylläpidettäisiin aiheuttaen henkilöstön ja osaamisen riittämättömyyttä tai tarpeettomia lisäkustannuksia. Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämä poikkeuslupa instrumenttina mahdollistaa synnytysten hoidon ohjaamisen ja lupa- harkintaa tehdessä voidaan synnytysten hoidon mahdollistaminen kussakin sairaalassa arvioida tapauskohtaisesti, mikäli sairaalakohtainen synnytysten lukumäärä vuodessa alittaa 1000 syn- nytystä. 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

Terveydenhuoltolain 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 anesthesiologian erityisosaamista käytettyjen anestesiamenetelmien takia ja jotka siten edellyttävät anesthesiologin mukanaoloa leikkauksessa tai toimenpiteen jälkeisessä seurannassa. Näissä leikkauksissa käytettäviä anestesian menetelminä 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 anesthesiologia. 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 mittaisiin hoitajaksoin 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 hyvinvointialueesta annetun lain 7 §:ssä ja järjestämislain 8 §:ssä tarkoitettua järjestämismvastuutaan sekä sen järjestämismvastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta toteuttamisesta myös palveluja hankkiessaan. Hankittavien palvelujen on oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että hyvinvointialue pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämismvastuunsa 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 lakisäätöisiä 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.

Terveydenhuoltolain 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 ympärivuorokautinen yhteispäivystys. Edellytyksenä olisi ollut, että asiasta on sovittu erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Sairaanhoidopiirin 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. Säännösehdotuksen 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. Edellytystä monierikoisalaisesta ympärivuorokautisesta päivystyksestä ei ole välttämätöntä olla soveltuviissa 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).

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. robottivusteiset leikkaukset) edellyttävää kirurgiaa ei kannattaisi mahdollistaa laajenevaksi uusiin sairaaloihin.

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.

Ympärivuorokautista 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 päiväkirurgista 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. Sama

koskisi yllä kuvattuja kevyttä anestesiaa vaativia toimenpiteitä. Tämä on kuitenkin tehtävä toimenpiteistä erikseen säätäen edellä työryhmän näkemyksenä kuvattujen riskien minimoimiseksi. Mikäli raskasta kirurgiaa keskitetään nykyistä harvempiin julkisiin sairaaloihin, on vaarana niiden leikkaussali-, heräämö- ja vuodeosastokapasiteetin kuormittuminen. Tästä syystä sellaista päivä- ja lyhytjälkihoitoista kirurgiaa, jota voidaan potilasturvallisesti tehdä muuallakin kuin ympärivuorokautisen monierikoissalaisen päivystyksen yksiköissä, olisi tarkoituksenmukaista hallitusti mahdollistaa tehtäväksi myös muissa sairaaloissa, joissa on asianmukaiset tilat, leikkaussalivalmiudet ja osaaminen. Sama koskisi yllä kuvattuja kevyttä anestesiaa vaativia toimenpiteitä. Lisäksi päivä- ja lyhytjälkihoitoisen kirurgisen toiminnan sekä kevyttä anestesiaa edellyttävien toimenpiteiden hankinnan mahdollistaminen yksityisiltä palveluntuottajilta helpottaisi raskasta kirurgiaa hoitavien julkisten sairaaloiden ruuhkaa ja auttaisi lyhentämään hoitonojoja.

Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Kanta-Hämeen, Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan hyvinvointialueet omistaa 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 erikoissairaanhoidopalveluja 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 toimiesaan 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 selvityksessä⁴⁸ selvitettiin julkisomisteisten yhtiöiden toimintaedellytyksiä, muun muassa EU:n valtioneuvoston päätöksen mukaisesti ja kilpailuneutraalisuutta koskevaa sääntelyä. EU:n valtioneuvoston päätöksen soveltaminen edellyttää, että valtioneuvoston kaikki määritellyt edellytykset täytyvät. Eräs edellytyksistä on se, onko kyse taloudellisesta toiminnasta. Selvityksessä todetaan, merkityksellinen on erityisesti kysymys siitä, miltä osin julkisomisteisten yhtiöiden toiminnan voidaan katsoa täyttävän valtioneuvoston tunnusmerkit. Toiminnan luonne on arvioinnissa määräävä tekijä, eikä esimerkiksi toimijan organisaatio- ja yhtiömuodolla tai rahoitustavalla ole arvioinnissa merkitystä.

⁴⁸ Selvitys julkisomisteisten yhtiöiden toimintaedellytyksistä. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:54.
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164195>

Selvityksessä käsitellään valtiontuen käsitettä käyttäen lähteenä komission asiaa koskevaa tiedonantoa⁴⁹. Tiedonannossa erotellaan solidaarisuuteen perustuvat ja vakuutusperustaiset 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. Vakuutusperustaisissa 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.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistusta koskevan hallituksen esityksen suhteesta EU-oikeuden valtiontukisääntöihin on käyty keskusteluja komission kanssa (HE 241/2020 vp, s. 22). Näissä keskusteluissa komissio ei nostonut 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 valtiontukisääntelyn tai kilpailuneutraliteettisääntelyyn piiriin. Lainsäädäntö on kuitenkin perusteltua laatia sellaiseksi, että kaikkien yksityisten palveluntuottajien osalta selkeytetään, minkä edellytysten täytyessä niiltä voidaan hankkia leikkaus-toimintaa ja muita toimenpiteitä.

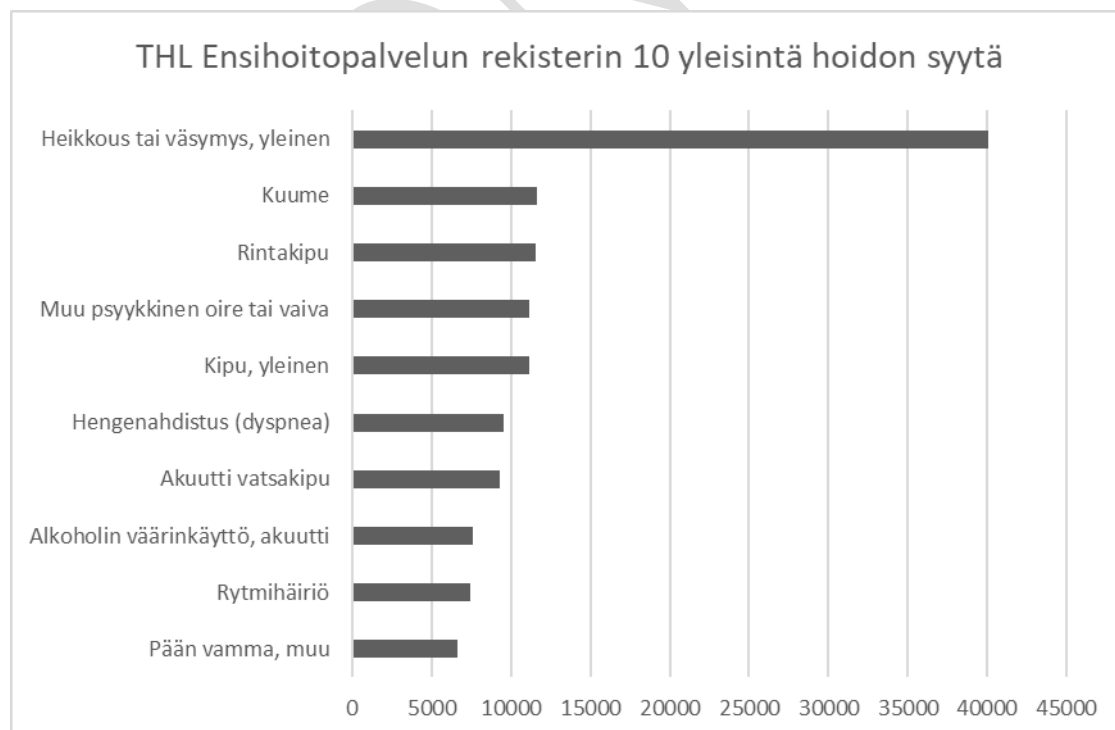
⁴⁹ Komission tiedonanto Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen 107 artiklan 1 kohdassa tarkoitettua valtiontuen käsitteestä, EUVL 2016/C 262/01) (komission tiedonanto Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen 107 artiklan 1 kohdassa tarkoitettua valtiontuen käsitteestä, EUVL 2016/C 262/01

2.2.8 Ensihoito

Terveydenhuoltolaissa ja ensihoitoasetuksessa säädetyt 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.

Ensihoitopalvelun profiili on merkittävästi muuttunut 2000-luvulla. Samalla kun ensihoitopalvelu on kehittynyt sairaiden kuljetuksesta kohti kyvykkyyttä laaja-alaiseen hoidon tarpeen arviointiin 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 9. 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 arviointeja tekeviä virtuaaliyksiköitä. Tällainen integroitumalli, 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 väitöstutkimuksessa tehokkaaksi, turvalliseksi ja potilaat ovat palveluun tyytyväisiä.⁵⁰ 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 yhteydenottokanavan valinnassa mahdollistuu, kun Päivystysapu 116 117 laajenee vuoden 2024 aikana kattamaan viimeisenkin eli Lapin hyvinvointialueen.

Iäkkään 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. 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 terveydenhuollosta 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 riittävydestä. 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 ennakkoon tehtävillä valmiussuunnitelmillä

⁵⁰ <https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/37321/isbn978-952-62-3265-2.pdf>

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 suosituskypvystä. 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 merkittävässä 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 edustusta 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 ko-

konaan tai osaksi oman toimialueensa tai sijaintipaikkansa ulkopuolelle taikka järjestämään toimintaa myös toimialueensa ulkopuolella sekä sijoittamaan hoidon tai huollon tarpeessa olevia henkilöitä toimintayksikkönsä siitä riippumatta, mitä asiasta on säädetty, määrätty tai sovittu tai luovuttamaan toimintayksikön tai osan siitä hyvinvointialueen tai valtion viranomaisten käyttöön.

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 kuntayhtymä, 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 Uuttamaata, 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 Mikkelissä 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 polikliinista eri erikoisalojen toimintaa sekä vuodeosastoja muun muassa yleislääketieteen, geriatrian, kuntoutuksen tai muutoin yksittäisen erikoisalalan osalta. Lisäksi alueilla on erillisiä psy-

kiatrisia sairaaloita. Näissä sairaaloissa ei ole väestölle avointa ympärivuorokautista päivystystä, vaikka muutoin vastaanottoajat voivat olla virka-aikoja laajemmat. Näitä sairaaloita ei ole kuvata tässä yksityiskohtaisemmin.

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

Edellä 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, Vantaa 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 ylläpidetään ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla. 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. Kouvolan Ratamokeskuksessa toimii sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautinen päivystys. Synnytyksiä hoidetaan voimassa olevan ministeriön poikkeusluvalla 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 voimassa olevan ministeriön poikkeusluvalla 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. Lisäksi yhteispäivystys on Valkeakosken sairaalassa. Aiemmin Forssassa poikkeusluvalla toimineen ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystyksen yöaikainen päivystys lakkasi 1.1.2024 ja 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. 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 poikkeusluvalla 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 polikliinista 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 47, joista ilta-aikaan 27 ja yöllä 7. Päivystyksen lääkäriyöpanos hankitaan vuokratyövoimana kokonaan.

Oulaskankaan sairaalassa tehtiin vuonna 2023 883 lonkan tai polven tekonivelleikkausta, mutta ei muuta keskittämisesetuksen 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 on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin 24, joista ilta-aikaan 5 ja yöllä 6. Henkilöstön saatavuus lääkärin ja hoitajien osalta on ollut melko hyvä eikä vuokratyövoimaa juuri ole hankittu.

Salon sairaalassa ei tehty vuonna 2023 keskittämisesetuksen 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. Teho-osasto- tai tehovalvontapaikkoja on 2.

Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti yksi akuuttilääkäri ja osa-aikaisesti yleislääkäri ja anestesiaalääkäri sekä virka-aikaan konservatiivisten erikoisalojen lääkäri. Useilla erikoisaloilla on lisäksi ns. takapäivystystä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin 65, joista ilta-aikaan 23 ja yöllä 14. Lääkäriyövoimaa erityisesti etupäivystykseen on hankittu 1,9 miljoonalla eurolla vuonna 2023.

Valkeakosken sairaalassa ei tehty vuonna 2023 keskittämisesetuksen mukaisia leikkauksia lainkaan. Sairaalassa ei ole ilmoitettu olevan 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 1–2 yleislääkäriä, 1–2 akuuttilääkäriä, 1–2 konservatiivisten erikoisalojen ja 2 kirurgisten alojen etupäivystäjää sekä 2 anestesiologia ja 1–2 naistentautien ja synnytysten erikoislääkäriä, 1 lastenlääkäri, 1–2 naistentautien ja synnytysten eri-

koislääkäreitä sekä osa-aikaisesti psykiatri ja radiologi. Useilla erikoisaloilla on lisäksi ns. takapäivystystä, osin myös etäpäivystystä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin 153, joista ilta-aikaan 50 ja yöllä 23. Lääkärien 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. Keskittämisasiasetuksessa edellytetyt sairaalakohtaiset leikkausmäärät ylittyvät tekonivel- ja rintasyöpäkirurgiassa, mutta alittuvat muutoin. Leikkausten toteuttamisesta Hyvinkään sairaalassa on sovittu yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa. Sairaalassa on ilta- ja yöaikaan valmiudessa yksi leikkaussali. 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 yleislääkäreitä, 1 akuuttilääkäri, 1 konservatiivisten erikoisalojen ja 1 kirurgisten alojen etupäivystäjä sekä 1 anestesioologi ja 1–2 naistentautien ja synnytysten erikoislääkäreitä, 1 lastenlääkäri sekä 1 psykiatri. Kirurgiassa, anestesiassa ja sisätaudeilla on lisäksi ns. takapäivystystä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin 79, joista ilta-aikaan 30 ja yöllä 13. Lääkärien ja hoitajien saatavuus on ollut kohtalaisen hyvää. Vuokratyövoimaa on käytetty annettujen tietojen mukaan lähinnä yleislääkäreillä ja psykiatrialla.

Lohjan sairaalassa tehtiin vuonna 2023 560 lonkan tai polven tekonivelleikkausta, mutta ei muuta keskittämisasiasetuksen mukaista leikkaustoimintaa. Määrä alittaa niukasti keskittämisasiasetuksessa edellytetyt sairaalakohtaiset leikkausmäärät, mutta niiden toteuttamisesta Lohjan sairaalassa on sovittu yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa. Sairaalassa on ilta- ja yöaikaan valmiudessa yksi leikkaussali. 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 erikoisalojen lääkäri, 1 anestesioologi ja 1 psykiatri, lisäksi osa-aikaisesti päivystää 1–3 yleislääkäreitä ja akuuttilääkäreitä. Kirurgiassa ja sisätaudeilla on lisäksi ns. takapäivystystä. Päivystyksessä on käyntejä vuorokaudessa keskimäärin 66, joista ilta-aikaan 26 ja yöllä 10. 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 keskittämisasiasetuksen mukaista leikkaustoimintaa. Määrät ylittävät keskittämisasiasetuksessa edellytetyt sairaalakohtaiset leikkausmäärät. Sairaalassa on ilta-aikaan valmiudessa yksi leikkaussali, yöaikaista valmiutta ei ole. Ilta-aikaisia kirurgisia erikoisalojen leikkauksia tehtiin vuonna 2023 yhteensä 182.

2.3.2.2 Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueet

Lapin ja Etelä-Savon hyvinvointialueilla sijaitsee kummassakin kaksi keskussairaالاتasoista ympärivuorokautisesti päivystävää sairaalaa. Näillä alueilla yhdistyi yhdeksi hyvinvointialueeksi kaksi aiempaa sairaanhoitopiiriä, joissa kaikissa oli oma keskussairaalan. Voimaannolain nojalla ne saavat ylläpitää kahta ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystysyksikköä 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 114, joista ilta-aikaan 37 ja yöllä 17.

Lapin keskussairaalassa tehtiin v. 2023 513 lonkan ja polven tekonivelleikkausta, 179 selkäkirurgista leikkausta ja 719 primaaria rintasyöpäleikkausta. Lisäksi peräsuoli- ja paksusuolisyyövän leikkauksia tehtiin 16 ja 51. Primaarien rintasyöpäleikkausten sekä selkäkirurgisten leikkausten määrät ylittävät, ja lonkan tai polven tekonivelleikkaukset sekä peräsuoli- ja paksusuolisyyövän leikkaukset alittavat keskittämisasiasetuksessa 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 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 paksusuolisyyövän leikkausta. Kaikki määrät alittavat keskittämisasiasetuksessa 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 77, joista ilta-aikaan 26 ja yöllä 4. Yleislääketieteen (100%) ja etupäivystyksen (80%) lääkäriyöpanos 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 sairaala-kohtaiset 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 14.

Sairaalassa päivystää ympärivuorokautisesti 1-3 yleislääkärinä, 1 konservatiivisten erikoisalojen ja 1 kirurgian etupäivystäjä, 1 anestesiologi, 1 naistentautien ja synnytysten erikoisalalla, 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 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 monierikoisaloista 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 keskitty-

neet vain tiettytyyppiseen 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.

Henkilöstön saatavuus erityisesti ympärivuorokautiseen päivystystoimintaan on näissä sairaaloissa edellyttänyt toimenpiteitä ja myös vuokratyövoimaa on jouduttu hankkimaan. Lisäksi näitä ylläpitävien alueiden yliopistosairaalat ja HUS-yhtymän sairaalat ovat saaneet tai lähivuosina saamassa merkittävää lisäkapasiteettia uudisrakentamisen ja peruskorjauksien myötä.

Edellä todettuun viitaten on siten perusteltua, ettei Oulaisissa, Salossa ja Valkeakoskella 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.

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 kuvatuksi 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 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. Niiden väestöpohja ei edellytä kahden monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitoa. Alueilla on paljon turismia ja kausiasujia, mutta tämänkään ei arvioida edellyttävän tällaisen päivystyksen ylläpitoa. Julkisen ta-

louden 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 hyvinvointialueen aluevaltuusto on 22.4.2024 omalla päätöksellään linjannut, että Länsi-Pohjan sairaalan tiettyä erikoissairaanhoidon päivystystä, tiettyä leikkaustoimintaa ja synnytysten hoito siirretään Lapin keskussairaalaan jo vuoden 2025 alusta.

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 voimaanpanolaissa 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). Eduskunta ei lausumassaan kuitenkaan siis edellyttänyt, että riittävä palvelutaso turvataan näillä hyvinvointialueilla nimenomaan kahden ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön ylläpidolla.

Mainitun lakihankkeen (HE 319/2023 vp, HE 328/2023 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 päättämällään 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)

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 seuranta 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 varmistaa 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 keskussairaaloita. Myös sijaintikaupunkien / kaupunkiseutujen väestöpohjat ja niiden ennusteet (aiemmin jaksossa 2.1.8) sekä maantieteellinen sijainti arvioitaessa saavutettavuutta koko maan tasolla (jaksossa 2.1.2) puoltavat Rovaniemellä ja Mikkelissä 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 leikkaus-toiminnan toteuttamiseksi, mitä tulisi hyödyntää, jotta alueiden yliopistolliset sairaalat ja keskussairaalat eivät ruuhkaudu. Näin ollen, vaikka monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys osassa näistä sairaaloista lakkaisikin, tiettyä leikkaustoimintaa olisi tarkoituksenmukaista mahdollista jakaa alueen sairaaloiden välillä hallitusti ja suunnitellen, jotta käytettävissä olevat tilat tulevat hyödynnettyä.

Keskittämisasiasetuksen 7 §:ssä säädettyä ortopedista leikkaustoimintaa tehdään tekoniivelkirurgian osalta kaikissa näissä sairaaloissa lukuun ottamatta Saloa ja Valkeakoskea sekä selkäkirurgiaa. Selkäkirurgiaa on tehty Länsi-Pohjassa sekä Hyvinkäällä ja Porvoossa. Mikäli volyymit ovat alittaneet asetuksessa säädetyt sairaalakohtaiset lukumäärät, tulisi niiden toteuttamisesta kyseisessä sairaalassa sovittu 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 keskussairaloihin vaatii suunnittelua, jotta kapasiteetti riittää.

2.3.3 Ympärivuorokautiset 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, Iisalmessa, Varkaudessa, Pietarsaareissa, 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 toimintavolyymejä on kuvattu alla.

Ivalo

Ivalon päivystyksessä toimii arkena ilta-aikana, viikonloppuna ja yöllä yksi päivystävä lääkäri ja hoitaja. Vuonna 2023 oli ilmoituksen mukaan 9036 kävijää eli laskennallisesti keskimäärin 25 potilasta 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 85 kävijää vuorokaudessa, joista 26 illalla ja 5 yöllä. Yksikössä on 35 yleislääketieteen vuodeosastopaikkaa ja 6 psykiatrian osastopaikkaa. Poliklininista toimintaa on useilla erikoisaloilla osa-aikaisesti. Lääkärin vuokratyövoimaa ei käytetä. Välimatka Kuusamosta Ouluun on 216 km ja matka-aika 2h 34 min.

Raahe

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 45 kävijää vuorokaudessa, joista 17 illalla ja 4 yöllä. Yksikössä on 74 yleislääketieteen vuodeosastopaikkaa. Poliklininista 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 52 kävijää vuorokaudessa, joista 18 illalla ja 6 yöllä. Yksikössä on 26 yleislääketieteen, 30 kirurgista, 30 sisätautien ja 18 psykiatrian vuodeosastopaikkaa. Poliklininista toimintaa on useilla erikoisaloilla. Lääkärin 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 keskimäärin 46 kävijää vuorokaudessa. Yksikössä on 30 yleislääketieteen ja 25 sisätautien vuodeosastopaikkaa. Poliklininista toimintaa on useilla erikoisaloilla. Lääkärin vuokratyövoimaa hankittiin 10 000 eurolla v. 2023. Välimatka Varkaudesta Kuopioon on 76 km ja matka-aika 55 min sekä Varkaudesta Mikkelin 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 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 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 Kouvolasta Kotkaan on 57 km ja matka-aika 48 min sekä Kouvolasta Lahteen 62 km ja matka-aika 54 min.

Raasepori

Raaseporin päivystyksessä toimii arkena ilta-aikana, viikonloppuna ja yöllä yksi päivystävä lääkäri. Hoitajien vuorokautisesta jakaumasta ei saatu tarkkaa tietoa. Kävijöitä oli vuonna 2023 vuorokaudessa keskimäärin 36, joista ilta-aikaan 9 ja yöllä 4. Poliklinista toimintaa on useilla erikoisaloilla. Yksikössä on 25 yleislääketieteen ja 8 psykiatrian vuodeosastopaikkaa. Lääkärien vuokratyövoimaa päivystykseen ei hankittu v. 2023. Välimatka Raaseporista Lohjalle on 50 km ja matka-aika 46 min.

Pietarsaari

Pietarsaaren päivystyksessä toimii arkena ilta-aikanaja viikonloppuna 1-2 päivystävää lääkäriä ja yöllä yksi päivystävä lääkäri. Hoitajia on ilta-aikaan 5-6 ja yöaikaan 2. Vuonna 2023 oli keskimäärin 85 kävijää vuorokaudessa, joista 20 illalla ja 8 yöllä. 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 10. Ympäri vuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen poikkeusluvalla toimivien yksiköiden toimintatietoja. Lähde: STM:n hyvinvointialueille keväällä 2024 tekemä kysely.

Taulukko Perusterveydenhuollon yksiköt

PTH-yksiköt	Päivystysainnit					Henkilöstö			Etäisyys Etäisyys paikkakunnalta päivystävään sairaalaan
	Vuodessa	Vuorokaudessa, mediaani	Ilta-aikaan klo 16-22 (vrk), keskiarvo	Yöaikaan klo 22-07 (vrk), keskiarvo	Viikonloppuna ja pyhinä klo 7-16 (vrk), keskiarvo	Lääkäreitä paikalla arksin yöaikaan klo 22-07	Hoitajia paikalla arksin yöaikaan klo 22-07	Vuokralääkäreiden osuus 24/7 päivystyksen toteuttamiseksi, %	
Pohjois-Suomen YTA									
Kuusamo (Pohjois-Pohjanmaa)	31056	85	26,5	5,5	41,5	1	2	0 %	216 km (Oulu)
Raasepori (Pohjois-Pohjanmaa)	16437	45	17	4	22,5	1	2	13 %	60 km (Oulu)
Ivalo (Lappi)	9036		Ei tietoa			1	1	Ei tietoa	289 km (Rovaniemi)
Itä-Suomen YTA									
Iisalmi (Pohjois-Savo)	18986	52	18,5	6,5	25	1	2	0 %	88 km (Kuopio), 88 km (Kajaani)
Varkaus (Pohjois-Savo)	16744		Ei tietoa			1	2	2 %	77 km (Kuopio), 91 km (Mikkeli)
Jämsä (Keski-Suomi)	12764	35	10	7	18	1	2	100 %	58 km (Jyväskylä)
Etelä-Suomen YTA									
Kouvola (Kymenlaakso)	44837	124	37	13,5	58	2	5	68 %	58 km (Kotka), 62 km (Lahti)
Raasepori (HUS, Länsi-Uusimaa)	13133	36	10	4	20	1	Ei tietoa	0 %	50 km (Lohja), 84 km (Jorvi)
Länsi-Suomen YTA									
Pietarsaari (Pohjanmaa)	31040	Ei tietoa	20	8	40	1	2	25 %	98 km (Vaasa), 36 km (Kokkola)

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. 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 tarvitsemää lääkäripalvelua on toteutettu päivystävien lääkäreiden toimesta. Varsin monessa yksikössä hyödynnetään vuokralääkärityövoimaa. Sosiaali- ja terveysministeriö on viime vuosina myöntänyt kaikki haetut poikkeusluvut.

Arviointia

Edellä jaksossa 2.2.4 on käsitelty sitä, että perusterveydenhuollon tasoissa 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 poikkeusluvan turvin. Kyse on siis poikkeuslupaa myönnettävästä 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 perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautisten päivystysten tuottama terveyshyöty ei olisi riittävän suuri verrattuna sitoutuvaan resurssiin ja vaihtoehtoihin 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.

Ivalon ja Kuusamon osalta tällaisen 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 Kemian ja Savonlinnan sairaaloiden riittävän palvelutason ja ryhtyy tarvittaessa toimenpiteisiin sen varmistamiseksi. Hallituksen esityksessä HE 319/2023 vp käytiin läpi vaihtoehtoisia tapoja toteuttaa eduskunnan lausuma Kemian 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 ja Savonlinnassa tällaisen 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, keskussairaala 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. Nämä seikat puoltavat näissä sairaaloissa perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitämisen mahdollistamista, vaikka muutoin eri erikoisalojen päivystys siirtyisi Rovaniemelle ja Mikkeliin.

Pohjanmaan hyvinvointialueella Pietarsaaren ja HUS-yhtymän alueella Raaseporissa asukkaista yli puolet ovat ruotsinkielisiä. Mahdollisuus ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen ylläpitoon Pietarsaareissa ja Raaseporissa tukisi kielioikeuksien 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 tukipal-

veluista. Lääkäripäivystys sairaalassa oleville potilaille on toteutettu läsnäolopäivystyksenä, varallaolopäivystyksenä tai etäkonsultaatioilla. Sairaaloiden vuodeosastoilla olevien potilaiden tarvitsemaan 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 riittävyttä eri sairaaloihin ja muihin palveluihin keskitämällä vaativinta, henkilöresurssiin riippuvaista 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 ja akuuttilääketieteen päivystystä erillisistä yksiköistä sairaaloiden monierikoisalaisten ympärivuorokautisten päivystysten yhteyteen, jotta päällekkäiseen varallaoloon käytettyä resurssia voidaan uudelleen kohdentaa peruspalveluihin ja kevyempiin palveluihin, uusiin toimintamalleihin sekä ilta-aikaiseen ja viikonlopun kiirevastaanotto toimintaan.

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 vapautuvaa kapasiteettia yliopistollisissa sairaaloissa ja keskussairaaloissa 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 alueella tarkoituksenmukaisella tavalla.

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

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 aikana 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, ettei monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä ja siten ympärivuorokautista päivystystä edellyttävää leikkaustoimintaa voisi jatkossa järjestää Kemissä, Savonlinnassa, Oulaisissa, Salossa ja Valkeakoskella sijaitsevissa sairaaloissa, eli muutos koskisi siten Lapin, Etelä-Savon, Pohjois-Pohjanmaan, Varsinais-Suomen ja Pirkanmaan hyvinvointialueita.

Esityksessä myös ehdotetaan, että perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen osalta luovuttaisiin sääntelystä, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää poikkeuslupan perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystyksen ylläpitoon. Sen sijaan laissa säädettäisiin nimeltä, millä paikkakunnilla tällaista päivystystä on mahdollista ylläpitää, jos asiasta sovitaan yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa ja muut laissa säädetyt, esimerkiksi henkilöstön riittävyyteen ja taloudelliseen kantokykyyn liittyvät, edellytykset täyttyvät. Tällaista päivystystä saisi jatkossa ylläpitää Ivalossa, Kemissä, Kuusamossa, Savonlinnassa, Pietarsaareissa ja Raaseporissa. Paikkakuntia, joissa on tällä hetkellä voimassa ministeriön myöntämä poikkeuslupa mutta joissa ei jatkossa voisi ylläpitää tällaista päivystystä ovat Iisalmi, Jämsä, Kouvola, Raahen ja Varkaus, eli muutos koskisi Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Kymenlaakson 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, ns. sairaalan sisäistä, ympärivuorokautista päivystystä.

Kaikilla hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla olisi edelleen velvoite tietyn edellytyksin järjestää perusterveydenhuollon kiirevastaanottoa iltaisin ja viikonloppuisin päiväaikaan. 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.

Edellytystä siitä, että leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on monierikoisalaista ympärivuorokautinen päivystys, lievennettäisiin. 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. Edellytyksenä olisi, että toiminnan laatua ja resursseja koskevat edellytykset täyttyvät. Lisäksi laissa säädettyjen edellytysten täyttyessä

muussakin terveydenhuollon toimintayksikössä voisi suorittaa sellaisia anestesiologista osaamista edellyttäviä kevyttä nukutusta tai puudutusta vaativia toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa tavanomaisessa terveydenhuollon toimitilassa ilman erityislaitteita ja jotka edellyttävät vain lyhytaikaista potilaan jälkiseurantaa. Valtioneuvoston asetuksella säädetäisiin tällaisista päiväkirurgisista ja lyhytjälkihoitoisista leikkauksista ja kevyttä anestesiaa vaativista toimenpiteistä tarkemmin.

Laissa selkeytettäisiin sääntelyä siitä, millä edellytyksin leikkauksia ja muita edellä tarkoitettuja toimenpiteitä voisi hankkia muilta 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. Edellä tarkoitettua päiväkirurgiaa ja lyhytjälkihoitoista eri erikoisalojen leikkaustoimintaa ja kevyttä anestesiaa edellyttäviä toimenpiteitä voisi hankkia muultakin palveluntuottajalta muiden, esimerkiksi potilasturvallisuutta ja laatua koskevien, edellytysten täytyessä.

Yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa tulisi sopia hankintaan liittyvistä periaatteista, joiden mukaisesti hyvinvointialue tai HUS-yhtymä voi hankkia päiväkirurgiaa ja lyhytjälkihoitoista eri erikoisalojen leikkaustoimintaa yksityisiltä palveluntuottajilta. Laissa myös täsmennettäisiin asioita, joita yhteistyösopimuksessa on leikkauksista ja päivystyksestä sovittaessa otettava huomioon. Lisäksi säädetäisiin, 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.

Päivystystä koskevassa 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

Esityksessä ehdotettavien lainmuutosten vaikutukset koskevat ensisijaisesti hyvinvointialueloutta, 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 erikoisalakohhtaisten 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, henkilöstöresurssia 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 määrissä on suuria aluekohtaisia eroja, jotka eivät ole selitettävissä väestörakenteella tai tarveperusteella. (vii) Edellä kuvattu huomioden 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 talvella 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 säädösehdotuksesta johtavana 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.

Tietoaineistona taloudellisten vaikutusarvioiden laskelmissa on käytetty erityisesti Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tuottamia (i) Hilmo = Hoitoilmoitusjärjestelmän (Terveys-hilmo/erikoisairaanhoido 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 raportteja 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 tietoaineistosta 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

Hyvinvointialueiden rahoituksesta annetussa laissa 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 lakisäätöisen 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 ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä.

Lakisäätöisten 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 ehdotettu. 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 ja akuuttilääketieteen päivystykset

Ehdotetut lainmuutokset koskisivat perusterveydenhuollon yöpäivystystä, joka koskisi yhdeksää tuntia vuorokaudessa aikavälillä klo 22-07. Lainmuutoksen kohteina olisivat viisi perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen toimintayksikköä: Iisalmessa, Jämsässä, Kouvossa, Raahessa ja Varkaudessa.

Arvioita perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysten kustannuksista ja käyttäjämääristä on koottu alla olevaan taulukkoon 11. Kustannukset perustuvat kuntien ja kuntayhtymien raportoimiin 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 vuokralääkärityövoimalla 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 11. Arvioita Iisalmen, Jämsän, Raahen, Varkauden ja Kouvolan perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystyksen kustannuksista ja käynneistä.

Sijainti	Nykykustannus ympärivuorokautisessa päivystyksessä, miljoonaa euroa	Yöaikaisen toiminnan kustannus ymp.vuor.päiv., miljoonaa euroa	Avosairaanhoidon kiireelliset käynnit 22-07 vuonna 2023	Osuus kiireellisistä käynneistä
Iisalmi	3,8	2,1	2 419	12,1 %
Jämsä	2,4	1,3	871	8,4 %
Raahе	4,5	2,5	1 152	9,1 %
Varkaus	3,9	2,2	2 722	10,8 %
Kouvola	19,5	10,7	7 164	11,9 %

Yöaikaisen toiminnan lakkauttamisen vaikutuksista on oletettu, että 50 prosenttia yöaikaisista käynneistä korvautuisi käynneillä, jotka tapahtuisivat välittömästi saman yön aikana lähimässä 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 yöaikaan⁵¹. Nämä jäljempänä mainitut käynnit muodostaisivat laskennallisen säästöpotentiaalín. Kun yöaikaan toteutettuja käyntejä suhteutetaan aukioloaikaan yöllä, voidaan arvioida kapasiteetin käyttöasteen olleen noin 15 - 23 prosenttia suhteessa päiväaikaan. Kapasiteetin käyttöaste ja oletettu kaksinkertaisen tuntikustannuksen perusteella yöaikaisen päivystyskäynnin voidaan katsoa olevan kustannukseltaan jopa noin kymmenkertainen suhteessa päiväaikaiseen käyntiin. Taulukkoon 12 alla on kuvattu tunnuslukuja, joiden perusteella siirtyvästä kustannuksesta on arvioitu muodostuvan noin 45 - 47 prosentin säästöpotentiaali, kun pelkät hoitokustannukset huomioidaan.

Taulukko 12. Arvioita Iisalmen, Jämsän, Raahen, Varkauden ja Kouvolan perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystyksen säästöpotentiaalista.

Sijainti	Kapasiteetin käyttöaste suhteessa päiväaikaan	Yöaikaisen suoritteen kustannus suhteessa päiväaikaan	Säästöpotentiaali yöaikaisen toiminnan loppumisesta	Säästyvä kustannus, milj. euroa
Iisalmi	23,0 %	871 %	45,41 %	0,9

⁵¹ 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>

Jämsä	15,2 %	1316 %	46,96 %	0,6
Raahe	16,7 %	1196 %	46,65 %	1,1
Varkaus	20,2 %	992 %	45,97 %	1,0
Kouvola	22,5 %	890 %	45,51 %	4,8
Yhteensä				8,5

Yllä oleva perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysten säästöpotentiaali korotettuna vuoden 2025 tasoon on noin 9,4 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 sijaitsevilla sairaaloissa. Lapin hyvinvointialue Kemin sairaalan osalta ja Pirkanmaan hyvinvointialue Valkeakosken sairaalan osalta ovat kuitenkin tehneet päätöksiä kyseisten erikoissairaanhoidon toimintojen samansuuntaisista muutoksista jo ennen tämän hallituksen esityksen antamista. Pirkanmaan hyvinvointialue teki kyseessä olevat päätökset palveluverkosta syksyllä 2023 ja Lapin hyvinvointialue keväällä 2024. Siten lainmuutosehdotuksilla olisi käytännössä vaikutuksia ainoastaan Savonlinnan, Oulaisten ja Salon sairaaloihin.

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 hoitontuloajan perusteella. Aineisto ei sisällä tietoa tuotannon tekijöistä tai niiden kustannuksista, joten esimerkiksi potilaan sairaalaan tuloaika ei vaikuta suoritteiden laskennallisiin kustannuksiin. Yöaikaisesti alkaneille hoitajaksoille annettiin suoritteiden suhteellista kalleutta kuvaavaksi kustannuspainoksi 2,5 eli yöaikaiset suoritteiden arvioitiin olevan noin 150 prosenttia päiväaikaisia kalliimpia. Tähän oletukseen sisältyy huomattavaa epävarmuutta, mutta yöaikaisten suoritteiden vähäinen lukumäärä huomioiden arviota voi pitää perustellusti varovaisena.

Sääntelyn kohteena olevien sairaaloiden suoritteista tarkasteltiin yöaikaisen erikoissairaanhoidon päivystyksen sekä päiväaikaisen vuodeosastojaksoon johtaneen leikkaustoiminnan, päiväaikaisten avohoitopotilaiden elektiiivistä hoitoa sekä päiväaikaista kiiretoimintaa. Koko yöaikaisen erikoissairaanhoidon päivystyksen sekä päiväaikaisen vuodeosastojaksoon johtaneen leikkaustoiminnan arvioitiin siirtyvän keskussairaaloihin tai yliopistollisiin sairaaloihin. Ympärivuorokautisen valmiuden vähentymisen takia 10 prosenttia päiväaikaisten avohoitopotilaiden elektiiivisen hoidon kustannuksista ja 20 prosenttia päiväaikaisen 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. Alla olevaan taulukkoon 13 on koottu sääntelyn kohteena olevien sairaaloiden erikoissairaanhoidon kustannukset, sääntelyn johdosta arvioitu siirtyvä kustannus ja niistä muodostuva säästöpotentiaali. Salon sairaalan osalta hoitoilmoitusjärjestelmään ilmoitetut tiedot eivät sisällä hoitajaksojen aloitusajankohtaa. Salon sairaalan osalta erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksena on käytetty tietoa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin vuodelta 2019 peräisin olevan valmisteluaineiston tietoja ja siirtyviin kustannuksiin on käytetty vastaavien suoritteiden kustannusten keskiarvoa taulukossa 13 esitettyjen sairaaloiden lisäksi Länsi-Pohjan ja Valkeakosken sairaaloista.

Taulukko 13. Arvioita Savonlinnan, Oulaskankaan ja Salon sairaaloiden kustannuksista, siirtävistä kustannuksista ja säästöpotentiaaleista.

Sairaala	Sairaalan kokonaiskustannus, milj. euroa	Siirtyvä kustannus, milj. euroa	Siirtyvän osuus	Säästöpotentiaali, kun 30 % siirtävästä kustannuksesta, milj. euroa	Säästöpotentiaali vuoden 2025 tasossa, milj. euroa
Savonlinna	59,3	21,3	35,9 %	6,4	7,0
Oulaskangas	45,5	25,3	55,6 %	7,6	8,3
Salo	40	15,3	38,3 %	4,6	5,0
Yhteensä	144,8	61,9	42,8 %	18,6	20,4

Yllä kuvattuja säästöpotentiaaleja erikoissairaanhoidon osalta vähentäisi se, että Savonlinnaan ja Kemiin jäisi mahdollisuus hyvinvointialueelle järjestää yöaikaista perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystystä. Näiden aiheuttamiksi lisäkustannuksiksi on oletettu yllä olevien perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen säästöpotentiaalini arvioiden perusteella sairaalakohtaisesti 1,1 miljoonaa euroa. Näin ollen erikoissairaanhoidon osalta säästöpotentiaali olisi yhteensä 18,2 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 miljoonaa euroa. Ylläpidon tuntikustannukseksi muodostuu näin arvioituna 114 euroa tunnilta. Lisäksi yöaikaan tapahtuvien kuljetusten tulee huo-

mioida 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 haikutuu joko taksilla tai omalla autolla avoimna 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 sidontajan lisäys voidaan korvata lisäämällä ensihoitoyksiköitä. Lisäystarve kohdentuu tässä tapauksessa erityisesti yöaikaan.

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 päättepisteistä ei ole tarkkaa tietoa saatavilla, on tässä kohdin tehty oletus. Oletus vastaa myös Kelan taksimatkojen osalta lakautettaviin 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 14 on koottuna arviot siirtävistä potilasmääristä ja kuljetusten keston lisäysten aiheuttamista kustannuksista.

Taulukko 14. Ensihoitoa koskevat vaikutukset perusterveydenhuollon yöpäivystysten sulkemisesta.

Lakkaava yöpäivystys	Raahe	Varkaus	Iisalmi	Jämsä	Kouvola
Vastaanottava yksikkö	OYS	KYS	KYS	Jyväskylä	Kotka
Etäisyysmuutos	77	76	85	57	55
Siirtyvä asiakasmäärä klo 21-22	1095	1000	1010	608	2233
Joista ambulanssilla 30 %	329	300	303	182	670
Siirtyvä asiakasmäärä klo 22-07	1716	2145	2372	2555	4672
Joista ambulanssilla 50 %	858	1073	1186	1277	2336
Siirtyvät asiakkaat yhteensä	1187	1373	1489	1460	3006

Ensihoitopalvelun lisäkustannus, euroa	454 571	519 112	629 952	414 155	822 724
Sairausvakuutuksen matkakor- vaukset, euroa	414 320	473 146	574 171	377 482	749 874

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, elektiivisistä 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 15 on vastaavasti arviot siirtyvistä potilasmääristä ja kuljetusten keston lisäyksestä aiheutuvista kustannuksista.

Taulukko 15. Ensihoitoa koskevat vaikutukset erikoissairaanhoidon muutoksista.

	Savonlinna	Oulainen	Salo
	Mikkeli	KYS	TYKS
Vastaanottava yksikkö			
Etäisyysmuutos	102	102	54
Siirtyvä asiakasmäärä klo 21-22	1521	1582	304
Joista ambulanssilla 30 %	456	475	91
Siirtyvä asiakasmäärä klo 22-07	1825	5636	2081
Joista ambulanssilla 50 %	913	2818	1041
Siirtyvä asiakasmäärä päiväaikaan	5972	4637	1143
Joista ambulanssilla 10 %, 30 %	1701	1142	343
Siirtyvät asiakkaat yhteensä	3070	4435	1475
Ensihoitopalvelun lisäkustannus, euroa	1 311 717	1 844 775	369 953
Sairausvakuutuksen matkakorvaukset, euroa	1 420 089	1 832 219	361 170

Yhteensä ensihoitopalvelun kustannuslisäyksen on arvioitu olevan noin 6,4 milj. euroa ja sairausvakuutuksen korvausten sairaankuljetuksesta 6,2 milj. euroa. Arviossa ei ole arvioitu mahdollisten siirtokuljetusten vähenemistä sellaisissa tapauksissa, jossa potilas nykytilassakin päädyttäisiin jatkokuljettamaan laajemman palvelutarjonnan yksikköön. Kelan korvaukset maksetaan palvelun tuottajalle. Koska hyvinvointialueella on ensihoidon järjestämisvastuu, Kelan korvaukset 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 160 000 euroa.

Kun arvioidaan, että ensihoitoyksikön vuotuinen ylläpitokustannus on miljoona euroa, lainmuutoksen kohteena oleville hyvinvointialueille arvioidaan tarvittavan koko maan tasolla kaikkiaan noin 6,5 uutta yksikköä. Jos yhden varustellun ambulanssin hinta on noin 300 000 euroa, investointitarve on enimmillään vajaa kaksi miljoonaa. Käytännössä kuitenkin yöaikaisten kuljetusten määrä suhteessa päiväaikaisiin kuljetuksiin, sillä päiväaikaan on myös muita kuin kiireellisiä kuljetuksia, on 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 lisäisivät valtion menoja 4,2 milj. eurolla ja vakuutettujen rahoitusosuutta 2 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 tarkoitus toteuttaa tämän hallituksen esityksen kanssa samassa aikataulussa ja vaikuttaisi siten esitettyihin rahoitusosuuksiin.

Lisäksi Pääministeri Orpo 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 perusteella lisääntyvää kustannusta ja rahoitusvastuuta ei ole huomioitu julkisen talouden suunnitelmassa.

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) viimeisten 12 kk:n ajalta eli 04/2023–03/2024.

Sairausrakuutuksesta 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. Kanavointiratkaisu vaikuttaa myös näiden rahoitusosuuksien muutoksiin.

Yhteenveto vaikutuksista valtion talouteen

Esityksessä ehdotettavien lainmuutosten johdosta terveydenhuollon toimintayksiköiden säästö-potentiaalit olisivat perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysten osalta yhteensä 9,4 milj. euroa ja erikoissairaanhoidon osalta 18,2 milj. euroa. Vaikutus hyvinvointialueille olisi toimintamenojen nettosäästö yhteensä 27,6 milj. euroa.

Ensihoidon osalta valtion kustannukset lisääntyisivät noin 160 000 eurolla hyvinvointialueiden nettolisäyksen osalta (momentilla 28.89.31), 4 200 000 eurolla sairausvakuutuksen sairaankuljetuksen matkakorvausten osalta sekä 160 000 eurolla taksimatkojen osalta. Sairaanhoidovakuutuksen vakuutettujen rahoitusosuus lisääntyy 2 080 000 eurolla. Arviot on tehty nykyainsäädännön mukaisesti ja kanavointiratkaisu tulee toteutuessaan vaikuttamaan osuuksiin.

Kun otetaan huomioon ensihoidon toimintamenojen lisääntyminen, pienenee säästöpotentiaali yllä kuvatun tavoin. Nettosäästö vähentäisi valtion hyvinvointialueille osoittamaa yleiskatteelista rahoitusta momentilta 28.89.31 yhteensä 27,4 milj. euroa (asiakasmaksukertymä huomioon ottaen 27,3 milj.) vuoden 2025 tasossa.

4.2.1.2 Vaikutukset hyvinvointialueiden talouteen

Hyvinvointialueet valmistelevat jatkuvaluonteisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkkoa koskevia päätöksiä. Osin päätökset, kuten Pirkanmaan hyvinvointialueen syksyllä 2023 ja 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.

Käyttäen samoja siirtymäoletuksia, joita aiemmissa laskelmissa on käytetty (50 % - 40 % - 10 %), 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 kasvattava ja erikoissairaanhoidon yöpäivystysten muutosten vaikutus tuottoja pienentävä. Yhteensä asiakasmaksutuotot vähenisivät arviolta noin 100 000 euroa.

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 16 kuvataan vaikutusarvioinnissa käytetyt sairaalapalveluiden muutoksista aiheutuvat säästöpotentiaalit aluekohtaisesti. Säästöpotentiaali on koko maan tasolla yhteensä 27,4 milj. euroa. Perusterveydenhuollon osalta säästöpotentiaali on yhteensä 9,1 milj. euroa ja erikoissairaanhoidon osalta säästöpotentiaali on yhteensä 18,3 milj. euroa. Säästöpotentiaaleissa on huomioitu ensihoidon muutosten aiheuttamat nettovaikutukset. Säästöpotentiaaleissa ei ole huomioitu muutosten vaikutusta hyvinvointialueiden asiakasmaksutuloihin.

Taulukko 16. Vaikutusarvioinnissa käytetyt säästöpotentiaalit aluekohtaisesti.

Hyvinvointialue	Perusterveydenhuollon säästöpotentiaali, milj. euroa	Erikoissairaanhoidon säästöpotentiaali, milj. euroa	Säästöpotentiaali yhteensä, milj. euroa
Etelä-Savo		6,0	6,0
Keski-Suomi	0,6		0,6
Kymenlaakso	5,3		5,3
Lappi		-1,1	-1,1
Pohjois-Pohjanmaa	1,2	8,3	9,6
Pohjois-Savo	2,0		2,0
Varsinais-Suomi		5,0	5,0
Yhteensä	9,1	18,3	27,4

Sairaalapalveluita koskevien muutosten vaikutusta rahoitukseen on arvioitu seuraavassa ottamalla huomioon koko maan tasolla 27,4 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 17 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 17. Esitettyjen palvelujärjestelmän muutosten vaikutus hyvinvointialueiden laskennalliseen valtion rahoitukseen.

Hyvinvointialue	Laskennallisen rahoituksen muutos, milj. euroa	Laskennallisen rahoituksen muutos, euroa asukas
Helsinki	-3,0	-4
Vantaa ja Kerava	-1,3	-5
Länsi-Uusimaa	-2,1	-4
Itä-Uusimaa	-0,5	-5
Keski-Uusimaa	-0,9	-5
Varsinais-Suomi	-2,4	-5
Satakunta	-1,1	-5
Kanta-Häme	-0,9	-5
Pirkanmaa	-2,7	-5
Päijät-Häme	-1,1	-5
Kymenlaakso	-0,9	-6
Etelä-Karjala	-0,6	-5
Etelä-Savo	-0,7	-6
Pohjois-Savo	-1,4	-5
Pohjois-Karjala	-0,9	-6
Keski-Suomi	-1,3	-5
Etelä-Pohjanmaa	-1,0	-5
Pohjanmaa	-0,8	-5
Keski-Pohjanmaa	-0,4	-5
Pohjois-Pohjanmaa	-2,0	-5
Kainuu	-0,4	-5
Lappi	-1,0	-6
Yhteensä	-27,4	-5

Sairaalapalveluita koskevasta muutoksesta aiheutuvan valtion rahoituksen vähennyksen kohdentaminen terveydenhuollon palvelutarpeen kriteerille vähentäisi kriteerillä jaettavan rahoituksen määrää 27,4 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 17 mukaan Kymenlaakson, Etelä-Savon, Pohjois-Karjalan ja Lapin hyvinvointialueen laskennallinen rahoitus vähenisi 6 euroa per asukas. Helsingin ja Länsi-Uusimaan hyvinvointialueen laskennallinen rahoitus vähenisi 4 euroa per asukas. Muiden hyvinvointialueiden laskennallinen rahoitus vähenisi 5 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 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 18. Esitettyjen palvelujärjestelmän muutosten säästöpotentiaalin ja laskennallisen rahoituksen muutoksen välinen erotus.

Hyvinvointialue	Säästöpotentiaali yhteensä, milj. euroa	Laskennallisen rahoituksen muutos yhteensä, milj. euroa	Rahoituksen muutoksen ja säästöpotentiaalin välinen erotus, milj. euroa
Helsinki	0	-3,0	-3,0
Vantaa ja Kerava	0	-1,3	-1,3
Länsi-Uusimaa	0	-2,1	-2,1
Itä-Uusimaa	0	-0,5	-0,5
Keski-Uusimaa	0	-0,9	-0,9
Varsinais-Suomi	5,0	-2,4	2,6
Satakunta	0	-1,1	-1,1
Kanta-Häme	0	-0,9	-0,9
Pirkanmaa	0	-2,7	-2,7
Päijät-Häme	0	-1,1	-1,1
Kymenlaakso	5,3	-0,9	4,4
Etelä-Karjala	0	-0,6	-0,6
Etelä-Savo	6,0	-0,7	5,3
Pohjois-Savo	2,0	-1,4	0,6
Pohjois-Karjala	0	-0,9	-0,9
Keski-Suomi	0,6	-1,3	-0,7
Etelä-Pohjanmaa	0	-1,0	-1,0
Pohjanmaa	0	-0,8	-0,8
Keski-Pohjanmaa	0	-0,4	-0,4
Pohjois-Pohjanmaa	9,6	-2,0	7,5
Kainuu	0	-0,4	-0,4
Lappi	-1,1	-1,0	-2,1
Koko maa	27,4	-27,4	0

Taulukossa 18 esitetään päivystys- ja leikkaustoimintaa koskevista muutoksista aiheutuva säästöpotentiaali alueittain, kunkin hyvinvointialueen laskennallisen rahoituksen muutos sekä näi-

den välinen erotus. Säästöpotentiaalin ja laskennallisen rahoituksen välinen erotus kuvaa arvioidua muutoksesta aiheutuvaa nettohyötyä aluekohtaisesti. Rahoituksen vähennys kohdistuu kaikille alueille, vaikka vain osalla alueista säästöpotentiaali vähentää kustannuksia.

Varsinais-Suomen, Kymenlaakson, 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 9,6 miljoonaa euroa ja rahoitus vähenisi noin 2,0 miljoonaa euroa. Näin ollen alue hyötyisi arviolta noin 7,5 miljoonaa euroa.

Palvelujärjestelmää koskevista muutoksista aiheutuva hyvinvointialueiden rahoituksen muutos on suhteessa rahoituksen kokonaistasoon 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 riittävyys turvaamiseksi sekä talouden tasapainottamiseksi ja sopeuttamiseksi. Ehdotettavilla lainmuutoksilla poistetaan hyvinvointialueilta velvoitteita resurssi-intensiivisten ja kalliiden sairaanhoitopalvelujen tuottamiseen, jolloin alueille syntyy liikkumavaraa palvelurakenteen uudistamiseen. Lainmuutokset mahdollistavat lisäksi tehtävä- ja työnjakojen edelleen kehittämisen hyvinvointialuekohtaisesti ja myös yhteistyöaluetasoisesti. Huomioiden yhtäältä hyvinvointialueiden menopaineet ja tarpeet hillitä kustannusten kasvua sekä toisaalta hyvinvointialueiden 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 hyvinvointialueiden 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 mikroyrityksiä⁵². 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

⁵² 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

vetäytyy, voi luoda tilaa yksityiselle toimia. Tämä edellyttää, että toiminta on yrityksen näkökulmasta kannattavaa. Kun perusterveydenhuollon yöpävystyksiä vähennetään, ja eräänä perusteena on vähäinen yöaikainen käyttö, ei ole todennäköistä, että yritykset investoisivat suuressi 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 yöpävystyksen osalta ole todennäköistä. Sen sijaan yritystoiminnalle voisi syntyä mahdollisuuksia tuottaa ilta- ja viikonloppuaikaista vastaanottotoimintaa 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 19. Sote-palvelualan liikevaihto alatoimialaoloittain ja yrityskokoluokittain vuonna 2022⁵³.

	Liikevaihto, oikeudelliset yksiköt (1000 euroa)			
	Q Terveys- ja sosiaalipalvelut (86-88)	86 Terveyspalvelut	87 Sosiaalihuollon laitospalvelut	88 Sosiaalihuollon avopalvelut
<i>Yhteensä</i>	10 617 045	6 690 288	2 840 775	1 085 982
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 pienenesi. Kokonaisuutena ei muutoksella kuitenkaan voida arvioida olevan merkittävää vaikutusta henkilöstövuokrausta harjoittavien yritysten markkinaan. Ympärivuorokautisen päivystystoiminnan osuus henkilöstövuok-

⁵³ Tilastokeskus, yritysten rakenne- ja tilinpäätöstilasto

rauksen 600 miljoonan euron kokonaiskustannuksesta vuonna 2023 oli noin 6 prosenttia. Merkittävin osuus henkilöstövuokrauksesta kohdentuu muihin eli esimerkiksi terveydenhuollon perustason vastaanottopalveluihin sekä ikäihmisen palveluihin.

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. Esityksessä ehdotetaan säädettävien 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. Kevyessä anestesiassa tehtävien 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 tarkoitettuna 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. Sairaalassa on toteutettu leikkaustoimintaa. Kyseisestä sairaalasta ei hyvinvointialue voisi hankkia 45 §:n 3 momentin mukaista leikkaustoimintaa, mutta voitaisiin 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 keskittäminen lainmuutosten kohteena olevilla hyvinvointialueilla pidentää osan potilaan matkaa hoitopaikkaan, jos hän tarvitsee päivystyksellistä sairaanhoitoa yöaikaan. Keskeisimmät taloudelliset vaikutukset kotitalouksille ja potilaille aiheutuvat tilanteissa, joissa päivystys- ja sairaalapaalvelujen 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, esityksestä ei siten arvioida seuraavan vähäistä enempiä 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 tavoitellaan vuosittaisia 150 miljoonan euron lisätuloja vuodesta 2025 lähtien. Sitä, mihin maksuihin korotus kohdistuu, ei ole vielä linjattu.

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.

Kemin sairaalan synnytushoidon lakkaaminen voi aikaansaada lisääntyvää tarvetta Rovaniemellä sijaitsevan potilashotellin käytölle. Potilashotellissa potilaat voivat yöpyä, jos potilas tai synnytyshoitoa odottava ei tarvitse välitöntä sairaalahoitoa 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)⁵⁴. 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 heijastuivat myös naapurimaakuntiin.

Vaikutukset aluetalouteen syntyisivät julkisen kysynnän uudelleensuuntautumisesta. Niiden kuvaaminen on luontevinta aloittaa aluetalouden loppukysynnän erien muutoksien tarkastelulla. Rahamääräisesti suurimmat muutokset julkisessa kysynnässä koskevat Etelä-Savoa, Varsinais-Suomea ja Kymenlaaksoa, joita säästöt koskevat. Toisaalta, Keski-Suomen, Pohjois-Savon ja Päijät-Hämeen aluetaloutta kasvattaisi julkisen kysynnän kasvu, kun potilaita ohjautuisi niihin Etelä-Savosta.

Julkisen kysynnän muutokset heijastuvat talouden muillekin sektoreille. Julkisen kysynnän supistuminen pienentää kotimaista kysyntää, ja esimerkiksi Etelä-Savossa tämä heijastuisi myös alueelle suuntautuvaan tuontiin, joka pieneneisi – mikä kasvattaisi aluetaloutta. Vastaavasti Pohjois-Savossa, Päijät-Hämeessä ja Keski-Suomessa julkinen kysyntä kasvaisi kasvattaen kotitalouksien ostovoimaa ja siten yksityistä kulutusta ja tuontia. 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 0,01–0,18 prosenttia niissä maakunnissa, joita säästöpotentiaalit koskisivat. Niissä maakunnissa, joihin siirtyisi toimintoja, vaikutus olisi positiivinen, ja asettuisi välille 0,02–0,09 prosenttia. Nämä eivät olisi kovin suuria vaikutuksia, koska kaikkien maakuntien talous on kasvussa. Aluetaloudessa ehdotetut lainmuutokset aikaansaisivat muutoksia kaikilla toimialoilla, ei vain terveydenhuollossa. Terveydenhuollon osalta säästöjen vaikutukset olisivat suurimmat Etelä-Savossa ja Pohjois-Pohjanmaalla, mutta Etelä-Savon aluetalous on riippuvaisempi julkisesta kysynnästä.

Alueiden elinvoiman näkökulmasta lainmuutosten kohteena olevissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa olisi varmuudella myös henkilöjä, joilla olisi halukuutta toteuttaa asuinpaikan muutos. Harkinnassa tärkeitä voisivat olla työpaikan ohella asuntotarjonta ja

⁵⁴ 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_Alueellisten_taloustilastojen_tietokanta.pdf?sequence=1&isAllowed=y

esimerkiksi päivähoido- ja koulut. Siten sosiaali- ja terveydenhuolto palvelujärjestelmän muutoksilla voisi olla 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 työn perässä säännöllisesti liikkuvat sairaanhoitajat 19 500 henkilöä eli 32,4 prosenttia vuonna 2019⁵⁵. 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 ohjauksen siirtyminen isompiin kasvukeskuksiin. Tämä voi osaltaan vaikuttaa opiskelijoiden asuinpaikan valintaan ja myös hidastaa tai pahimmillaan jopa vähentää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten valmistamista.

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 sairaaloiden yhäikäisen toiminnan lakkauttamisessa on kyse verrattain maltillisesta muutoksesta, jolloin sillä ei todennäköisesti ole yksittäisenä toimenpiteenä juurikaan merkitystä alueen 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.

4.2.2 Toiminnalliset vaikutukset hyvinvointialueisiin

4.2.2.1 Vaikutukset väestölle avoimeen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen sekä erikoissairaanhoidon ympärivuorokautiseen päivystykseen

Käytännön seurauksena väestölle avoimen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystyksen sääntelystä olisi, ettei tällaista päivystystä voisi enää järjestää Iisalmessa, Jämsässä, Kouvolassa, Raahessa ja Varkaudessa, joissa nykyisin sellainen on toiminut sosiaali- ja terveysministeriön poikkeusluvalla. Näistä yksiköistä potilaat tulisi ohjata monierikoisalaisen ympärivuorokautiseen päivystykseen yliopistolliseen tai keskussairaalaan ellei palvelutarpeeseen voitaisi vastata ensihoitopalvelun, etä- ja digipalveluiden ja muiden so-

⁵⁵ Tilastokeskus 1.11.2019

siaali- ja terveystalveluiden avulla ja ellei tarve ole sellainen, joka voi odottaa arviointia aamuun. Käytännössä potilaita ohjattaisiin Iisalimesta ja Varkaudesta Pohjois-Savon (Kuopio) yliopistolliseen sairaalaan, Jämsästä Keski-Suomen (Jyväskylä) ja Kouvolasta Kymenlaakson (Kotka) keskussairaaloihin sekä Raahesta Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Alueellisten ratkaisujen kautta voisi osa potilaista ohjautua palvelutarpeen mukaisesti muihin lähivivointialueiden ympärivuorokautisiin päivystyksiin. Esimerkiksi Kouvolasta potilaita voitaisiin ohjata myös Päijät-Hämeen keskussairaalaan Lahteen.

Ympäriuurokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysten mahdollisuus jäisi nykyisinkin toimiviin Ivaloon, Kemiin, Kuusamoon, Pietarsaareen, Raaseporiin ja Savonlinnaan. Hyvinvointialueen, jonka alueella nämä paikkakunnat sijaitsevat sekä Uudellamaalla HUS-yhtymän tulisi arvioida, onko ympärivuorokautisen päivystysten ylläpito perusteltua etäsyysien tai esimerkiksi kielioikeuksien toteutumisen kannalta, suhteessa käytettävissä oleviin muihin palveluihin, erityisesti ensihoitoon, sekä käytettävissä oleviin henkilöresursseihin ja niiden kustannuksiin. Tällaisen päivystysten ylläpito olisi, kuten nykyin, mahdollisuus, ei velvollisuus.

Väestölle avointa monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä ei voisi esityksen mukaan enää järjestää Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa. Esityksen käytännön vaikutuksena yöaikaisten uusien potilaiden kiireellisen hoidon palveluita ei voitaisi Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella toteuttaa erikoissairaanhoidossa eikä Oulaisissa, Salossa ja Valkeakoskella myöskään perusterveydenhuollossa tai akuuttilääketieteen alalla, vaan potilaat tulisi ohjata monierikoisalaan ympärivuorokautiseen päivystykseen yliopistolliseen tai keskussairaalaan ellei palvelutarpeeseen voitaisi vastata ensihoitopalvelu, etä- ja digipalveluiden ja muiden sosiaali- ja terveystalveluiden avulla ja ellei tarve ole sellainen, joka voi odottaa arviointia aamuun. Käytännössä potilaita ohjattaisiin Lapin keskussairaalaan (Rovaniemi) ja Etelä-Savon keskussairaalaan (Mikkeli) sekä Oulun, Turun ja Tampereen 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, akuuttilääketieteen että erikoissairaanhoidon osalta. Kaikissa sairaaloissa voisi lisäksi olla sairaalan vuodeosastolla jo olevien potilaiden potilasturvallisen hoidon edellyttämä päivystys. Tämä (lääkäri) sairaalapäivystys voisi toteutua tarpeen mukaan läsnä-, varallaolo- tai etäpäivystyksenä.

Aikariippuvaisten hätätilanteiden (aivoverenkiertohäiriöt, sydäntapahtumat) osalta on varmistettava mahdollisimman 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. Väestölle, palvelujärjestelmälle ja esimerkiksi ensihoitopalvelulle on tärkeää, että on sovittu ja selkeää, missä mitäkin potilasryhmää hoidetaan. Kymenlaakson alueella ensihoitopalvelun palvelutasoa parantaa nykyisestä myös vuonna 2025 toimintansa aloittava FinnHems:in Kouvolan tukikohta.

Hyvinvointialueille vuonna 2024 tehdyn kyselyn mukaan on yöaikaista (klo 22-07) potilaita asioinut vuonna 2023 päivystyksessä Kemissä keskimäärin 9 kpl/yö, Oulaisissa 8 kpl/yö, Salossa 7 kpl/yö, Savonlinnassa 5 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 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 sairaalahoitoa tarvitsemattomille esimerkiksi asumispalveluissa, perustason vuodeosastoilla tai kotona kotisairaalan tai sosiaalipalveluiden turvin. Myöskin sairaalaosastojen päivystysmahdollisuus osaltaan edesauttaa jatkuvaa kotiuttamismahdollisuuksien arviointia.

Sairaalahoidon 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 sairaalahoitoa. Hyvinvointialueiden kannattaa selvittää yhteisiä päivystysrinkejä ja etäkonsultaatioita myös yhteistyöaluetasoisena ja kansallisinakin. Osaamisen varmistaminen voimakkaastikin keskitettynä on mielekäästä 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 keskussairaloihin. 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.

Keskittämällä raskasta kirurgiaa, on osaavaa henkilöstöä helpompi varmistaa ympärivuorokautisesti päivystävään sairaalaan ilman epätarkoituksenmukaisia järjestelyjä tai kustannuksia, 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 Länsi-Pohjan, Oulaskankaan, Salon, Savonlinnan ja Valkeakosken sairaaloihin.

Lisäksi hankkimalla päiväkirurgiaa myös muilta palveluntuottajalta, voidaan helpottaa leikkaussalien kapasiteetin riittävyyttä. 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.

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

Päiväkirurgian yllä kuvattujen muutosten sekä tiettyjen kevyessä anestesiassa tapahtuvien toimenpiteiden tekemisen muuallakin kuin ympärivuorokautisissa yksiköissä sekä näiden kummankin hankinnan mahdollisuuden esitetään tulevan mahdolliseksi jo 1.3.2025 alkaen. Tällä aikaistuksella toivotaan muutosten toimeenpanon vauhdittuvan sekä saatavuuden paranevan ja hoitojonojen lyhenevän jo ennen vuoden 2026 alun varsinaista voimaantuloa. Esityksellä helpotetaan hyvinvointialueiden pysymistä hoitotakuun määräajoissa, mihin Valvira on kohdistanut valvontatoimia kevään 2024 aikana.

4.2.2.3 Vaikutukset synnytysten hoitoon

Esityksen mukaan kaikilla hyvinvointialueilla säilyisi yksi yliopistollinen sairaala tai keskus-sairaala, 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 poikkeusluvut 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 Kemissä voisi jatkossa toteuttaa naistentautien päiväkirurgiaan tai lyhytjälkihoitoiseen kirurgiaan kuuluvia leikkauksia.

4.2.2.4 Vaikutukset ensihoitopalveluun

Ensihoitopalvelun kapasiteetin tarpeeseen ja toisaalta ensihoitopalvelulle tarvittavaan ohjeistukseen voi tulla tarvetta muutoksiin niillä alueilla, joilla muutoksia ympärivuorokautiseen päivystykseen ehdotetaan.

Esityksessä ehdotetut muutokset koskevat perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystyksen osalta aikaväliä kello 22-07. On otettava huomioon, että hyvinvointialueiden on mahdollista jatkaa nykymuotoista perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen 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 käyttöönnotolla. Tässä esityksessä on arvioitu, että yöaikaisista potilaista noin puolet tulisivat hoitoon nykyisiin päivystysyksiköihin ensihoitopalvelun tuomana. Arvioinnissa on otettu huomioon kuljetukset jo klo 21 jälkeen. Yöpäivystyksen lakkautumisen myötä nämä potilaat siirrettäisiinkin yöllä suoraan monierikoisalaiseen ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköön. 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. Kymenlaakson alueella ensihoitopalvelun palvelutasoa parantaa nykyisestä myös vuonna 2025 toimintansa aloittava FinnHems'in lääkärihelikopterin Kouvolan tukikohta.

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 kuljettamatta⁵⁶. 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 lisäresurssointia.

⁵⁶ <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/154673/AnnalesD1656Paulin.pdf>

Kaikkien hyvinvointialueiden tulee pitää ajantasaisena sekä soveltuvin osin yhtenäistää kansallisen mallin mukaiseksi omat ohjeistuksensa väestön neuvonta- ja ohjauspalveluissa (mm. Päivystysapu 116117) sekä muille sosiaali- ja terveyspalveluille 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. Ensihoitopalvelun toiminnallista muuttumista yhä enemmän jo kohteessa hoidon tarpeen arvioivan 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 keskussairaloihin. Toiminnallisesti tämä tarkoittaa myös muun muassa vaativan postoperatiivisen tehohoidon keskittymistä suurimpiin sairaaloihin. Kaikki edellä mainitut toiminnot ovat sellaisia, jotka edellyttävät erityisiä sairaalataloja 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. 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.

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 jatkohoitoon 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 (3140 synnytystä/v. 2022) ei edellytä vastaanottavissa sairaaloissa lisäkapasiteettia synnytyssalien tai synnytysvuodeosastojen osalta. Oletettavaa on, että Länsi-Pohjan siirtyvät synnytykset jakautuisivat noin puoleksi eli kummankin sairaalan vuosittaisten synnytysten lukumäärä nousisi noin 200. Oulun yliopistollisessa sairaalassa on tilastojen mukaan hoidettu yli 4000 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.

Esitetyt lainmuutokset koskevat yhteensä 9 kiinteistöä. Perusterveydenhuollon päivystysten osalta Jämsää, Kouvola, Raahen, Varkautta ja Iisalmea sekä erikoissairaanhoidon osalta Savonlinna, Kemiä, Oulaista ja Saloa.

Perusterveydenhuollon päivystysten osalta muutos koskisi niiden yöaikaista toimintaa (klo 22-07). Se, että päivystysten 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 iltapäivä-aikaisen toiminnan. Leikkaussalien osalta osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisaloiden leikkaustoiminnasta voitaisiin toteuttaa myös hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloilla, joten leikkaussalien osalta tilat eivät käy tarpeettomiksi. Lähinnä tilatarpeiden muutoksia voidaan Kemin synnytystoiminnan lakkaamisen myötä nähdä yksittäisten synnytyshuoneiden osalta.

Kokonaisuutena arvioiden ehdotusten aiheuttamat tilatarpeiden muutokset 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

Erilaisten 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 tehohoitoa toteutettaisiin nykyistä harvemmissä yksiköissä. Toisaalta kansallinen 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. 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 tehokkaammin, mikäli tarvittaisiin lisäkapasiteettia.

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

4.2.3 Vaikutukset muihin viranomaisiin

Puolustusvoimat

Terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetun lain (322/1987) mukaan Puolustusvoimat järjestää terveydenhuoltovastuullaan olevien henkilöiden terveydenhuollon, joka käsittää lain 2 §:n mukaan terveydenhoidon ja sairaanhoidon. Sairaanhoidon kuuluu ensiapu, sairaankuljetus, avohoito sekä sairaalahoito. Puolustusvoimien terveydenhuoltovastuulla ovat asevelvollisuuslain (1438/2007) ja naisten vapaaehtoisesta asepalveluksesta annetun lain (194/1995) 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 terveystasemien antamia perusterveydenhuollon palveluja.

Puolustusvoimilla ei ole omia sairaaloitaan, eikä se siten tuota erikoissairaanhoitoa. Puolustusvoimilla on kumppanuussopimuksia hyvinvointialueiden kanssa erikoissairaanhoitotasojen sairaanhoidon palveluiden hankkimisesta. Puolustusvoimat käyttää jossain määrin myös yksityisiä palveluntuottajia. Puolustusvoimat eivät laajasti järjestä erikoissairaanhoitoa. Jos asepalvelusta suorittava tarvitsee erikoissairaanhoidon palvelua, joka vaikuttaa palveluskelpoisuuteen, esimerkiksi leikkauksen, voidaan palvelus keskeyttää määräajaksi 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 palvelukelpoisuutensa 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 liikuntaelimestön 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 tavanomaisesti poikkeavia, oleellista on nopean ja osaavan ensihoitopalvelun ja lääkärihelikopteritoiminnan avulla viedä potilaat suoraan kattavan palveluvalikoiman yliopistollisiin tai keskussairaaloihin.

Esityksen muutokset vaikuttaisivat lähinnä Karjalan prikaatiin, joka sijaitsee Kouvolan Vekarajärvellä, ja Utissa sijaitsevaan jääkäriyrykmenttiin. Muiden varuskuntien lähimpään ympärivuorokautisesti päivystävään yksikköön ei tulisi muutoksia. Vekarajärveltä on Kouvolaan noin 37 km, Kotkaan 91 km ja Utista Kouvolaan 12 km, Kotkaan 64 km. Karjalan prikaatissa aloittaa asepalveluksen noin 2000 alokasta kahdesti vuodessa. Esityksistä aiheutuisi, että matka yöaikaiseen terveydenhuollon päivystykseen pitenisi noin 60 km. Oletettavaa kuitenkin on, että tarve yöaikaiseen arvioon ja hoitoon on puolustusvoimien terveydenhuollossa vähäinen. Ensihoitopalvelun lisäksi käytössä on Kouvolan alueella toimiva lääkäriambulanssi. Uttiin on val-

misteilla myös lääkärihelikopterin tukikohta. Vertailuna voidaan todeta, että Sodankylässä sijaitsevasta jääkäriprikaatista on nykytilassa matkaa lähimpään ympärivuorokautisesti päivystävään Lapin keskussairaalaan Rovaniemelle 131 km. Jääkäriprikaatissa aloittaa asepalveluksen vuosittain noin 1000 alokasta kahdesti vuodessa. Esityksen aiheuttamiin muutoksiin liittyen ei arvioida aiheutuvan merkittäviä lisäkustannuksia Puolustusvoimille.

Vankiterveydenhuollon yksikkö ja Rikosseuraamuslaitos

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alainen Vankiterveydenhuollon yksikkö järjestää maanlaajuisesti vankien ja tutkintavankien terveyden- ja sairaanhoidon siten kuin vankeuslain (767/2005) 10 luvussa ja tutkintavankeuslain (768/2005) 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 erikoissairanhoidon palveluista. Vankiterveydenhuollon yksikkö ylläpitää kahta sairaalaa. Hämeenlinnassa sijaitseva Vankisairaala on valtakunnallinen vankipotilaita hoitava yleislääkärijohtoinen somaattinen sairaala. Toimintaan kuuluu monialainen somaattisten sairauksien hoito ja kuntoutus. Psykiatrisen vankisairaala on erikoissairanhoidon yksikkö, jossa tutkitaan ja hoidetaan psykiatrista sairaalahoitoa vaativia moniorgaanisia potilaita. Vankiterveydenhuollon yksikkö ostaa somaattisen erikoissairanhoidon palvelut ja päivystyksen palvelut hankitaan pääosin ostopalveluina hyvinvointialueilta.

Vankien terveys- ja hyvinvointi 2023 -tutkimuksen⁵⁷ mukaan vangit ovat moniorgaanisia 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 keskitasoisiksi 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 tasoisia vaivoja, jotka eivät yleensä vaadi yöaikaista kannanottoa. Välitöntä hoitoa yöaikaan tarvitsevat kuljetetaan nykytilanteessakin pääsääntöisesti yliopistollisten sairaaloiden ja keskussai-

⁵⁷[Vankien terveys ja hyvinvointi 2023: Wattu IV -vankiväestötutkimus \(julkari.fi\)](#) Rautanen, Mika, Harald, Kennet ja Tyni, Sasu (toim.). Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, raportti 007/2023

raaloiden 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 piire 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.⁵⁸

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 tyyppillisesti 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.

Valtion mielisairaalat

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

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 asiakas voi tarvita terveydenhuollossa tapahtuvaa hoidon tarpeen arviota tai päihtyneen tarkempaa tutkimista. Asiakas on tällöin arvioitava ja kuljetettava ensihoitopalvelun toimesta lähimpään tarkoituksenmukaiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Toisaalta poliisia voidaan pyytää terveydenhuollon toimintayksikköön antamaan virka-apua esimerkiksi aggressiivisten mielenterveys- ja päihdepotilaiden saattamiseksi hoitohenkilöstö turvaten oikeaan paikkaan hoidon tarpeen arviota ja hoitoa varten.

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

⁵⁸ idib. s. 62.

eivät häiriinny. Merkittäviä lisäkustannuksia esitykseen perustuen ei kuitenkaan arvioida aiheutuvan poliisille. Asiaa tarkennetaan vielä jatkovalmistelussa.

Valvovat viranomaiset

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovat Valvira ja aluehallintovirastot. Ehdotettujen muutosten ei arvioida lisäävän valvovien viranomaisten työtä, vaan jatkossakin ne valvovat hyvinvointialueiden järjestämää terveydenhuoltoa. Terveystieteiden lain 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 tyhjentävästi 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 terveystaloudelliset palvelut. 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), hyväksyttävyyden (acceptability) ja laatu (quality) (ks. myös jakso 12 Suhde perustuslakiin ja sääntämisyriestys). 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. Ympäri- ja vuorokautisten päivystysten ja leikkaustoiminnan keskittäminen turvaavat palvelun saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta ja potilasturvallisuutta, kun henkilöstö ja monipuolinen osaaminen on paremmin varmistettu ja hoito on yhdenvertaista. Toisaalta saavutettavuus heikkenee ja etäisyydet lisääntyvät osalle väestöstä, mikä voi edellyttää kuljetusjärjestelyjä ja aiheuttaa kustannuksia sekä voi edellyttää toimenpiteitä potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Ympäri- ja vuorokautinen 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 keskittämisellä 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 vähentäisi 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 välttää 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 harjoitettavaan sairaalaan on nykyisinkin vaihdellut henkilön asuinpaikan mukaan eri puolilla maata. Esitys ei tulisi korjaamaan näitä eroja. Etäisyys pitenis perusterveydenhuollon yöpäivystysten osalta lisäalassa. Jämsässä, Kouvolassa, Raahessa ja Varkaudessa lähialueineen ja ympärivuorokautisen monierikoissalapäivystyksen osalta Kemissä, Oulaisissa, Savossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella 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.

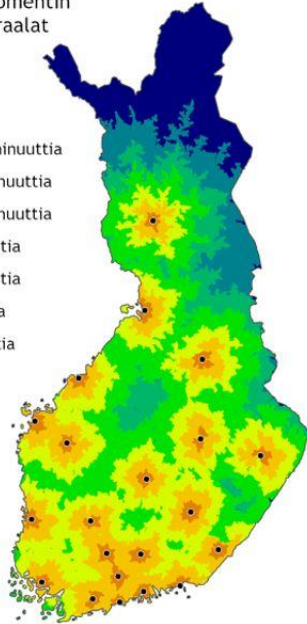
Seuraavissa kuvissa on kuvattu päivystyspalveluiden saavutettavuutta matka-aikana lakiehdotusten seurauksena. Jaksossa 2.1.2 olevissa on kuvattu saavutettavuus nykyisiin päivystäviin yksiköihin.

Kuva 6. Paikkakunnat, joissa terveydenhuoltolain 50 §:n 3-5 momentin nojalla voidaan ylläpitää monierikoislaista ympärivuorokautista päivystystä.

Lakiehdotuksen mukaiset terveydenhuoltolain 50 §:n 3-5 momentin mukaiset sairaalat

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



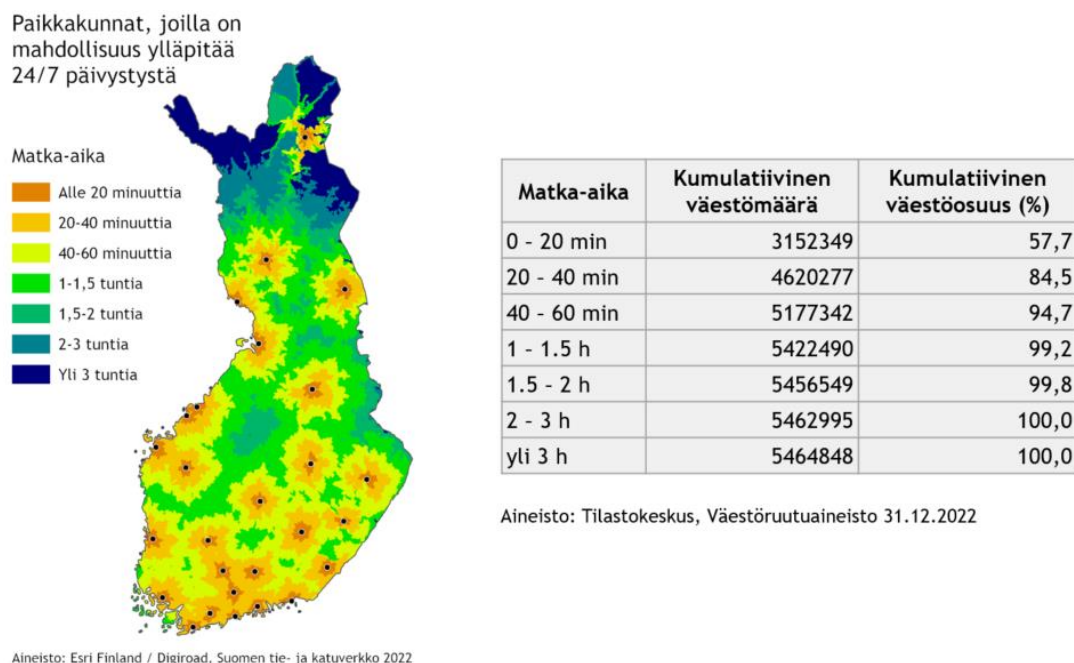
Aineisto: Esri Finland / Digiroad, Suomen tie- ja katuverkko 2022

Matka-aika	Kumulatiivinen väestömäärä	Kumulatiivinen väestöosuus (%)
0 - 20 min	3017566	55,2
20 - 40 min	4488347	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

LUU

Kuva 7. Kaikki paikkakunnat, joissa terveydenhuoltolain 50 §:n nojalla saisi ylläpitää ympärivuorokautista päivystystä.



Ei-kiireelliseen leikkaushoitoon hakeutuvien osalta matkustusaian piteneminen ei aiheuta vaaraa potilasturvallisuudelle, sillä matkustusaian ei voi arvioida aiheuttavan olennaista odotusaian kasvua leikkauspäätöksestä leikkausajan kohtaan. Matkustusaian, kuljetusiäriestelyjen ja matkakustannusten lisääntymistä voisi näissä tilanteissa syntyä, mutta niiden ei arvioida olevan kohtuuttomia. Esitys aiheuttaisi viiden sairaalan (Länsi-Pohjan, Oulaskankaan, Salon, Savonlinnan ja Valkeakosken) alueella noin 50 – 100 kilometrin lisämatkaa kyseessä olevaan raskaampaa leikkaustoimintaan ylläpitävään sairaalaan. Nämäkin luvut perustuvat etäisyyteen paikkakunnalta, jossa ympärivuorokautinen päivystys päättyy, lähimpään ympärivuorokautisesti jatkossakin päivystävään yksikköön. Toisaalta 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 pitenisi noin 100 kilometriä. Esityksen vaikutuksia synnytyksiin käsitellään erikseen kohdassa 4.2.2.3.

Seitsemännessä Suomea koskevassa määräraikaistarkastelussa (30.3.2021) TSS-komitea totesi olevansa huolestunut siitä, että perusterveydenhuollon palveluita ei ole riittävästi saatavilla ja saavutettavissa maanlaajuisesti. Komitea suositteli, että Suomen valtion tulisi tarkkailla sote-uudistuksen vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalveluiden saavutettavuuteen, yhdenvertaiseen saa-

tavuuteen, kohtuuhintaisuuteen ja saatavuuteen maan kaikissa osissa ottaen huomioon 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 ympärivuorokautisesta 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 saattavan järkevempään aikaan. Esityksessä ehdotetaan täsmennettäväksi laissa jo nyt säädettyä veloitetta 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.

Terveykspalvelujen maantieteellinen saavutettavuus on yksi keskeisistä terveydenhuollon saavutettavuuteen, hyödyntämiseen ja väestön terveyteen vaikuttavista ulottuvuuksista. Suomalaisessa tutkimuksessa on analysoitu perusterveydenhuollon palvelujen saavutettavuutta.⁵⁹ 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.

Ympärivuorokautisen 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. 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.

4.2.4.2 Iäkkäät henkilöt

Ehdotetut muutokset kohdentuisivat kaikkiin ikäryhmiin, mutta eri ikäryhmissä vaikutukset olisivat jossain määrin erilaisia. Iäkkäillä henkilöillä kiireellisen hoidon tarpeen syytä ovat erityisesti pitkäaikaissairauksien hankaloitumiset ja toimintakykyä äkillisesti heikentävät tilanteet.

⁵⁹ Aalto, Ilmarinen, Muuri, Ikonen: Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus ja asiakaskokemukset. Kirjassa Karvonen, Kestilä, Saikkonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2022. <https://um.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>

Kiireellisen hoidon tarpeet voivat olla usein aikakriittisiä (neurologiset ja sydänsairaudet) tai toisaalta estää pärjäämisen ariessa, 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 %:lla (lähde: www.sotkanet.fi). Jaksossa 2.2.8 esiin tuodun mukaisesti ensihoitopalvelun selkeästi suurin potilasryhmä on epämääräisin tai yleisin oirein apua hakeva iäkäs ihminen, joka ei pärjää kotona.

Ympärivuorokautisella 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 veloitetta järjestää perusterveydenhuollon ilta-aikaista ja viikonlopun päiväaikaista perusterveydenhuollon kiirevastaanottoa, mikä palvelisi myös ikääntyneitä ja lisäksi tarkoituksenmukaisten terveyspalveluiden saatavuutta.

Ympärivuorokautisten 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 ennakoiti ja tuki akuutissa tilanteessa helpottaisivat hoidon saantia ilman, että vöaikaan 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 henkilöt tarvitsevat terveydenhuollon palveluja ja voivat tarvita myös päivystyksen palveluja muuta väestöä enemmän. Erityispiirteenä on se, että ariessa 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 muullakin väestöllä merkitsee ympärivuorokautisen päivystyksen ja leikkaustoiminnan sairaalaverkon harveneminen osalle vammaisista henkilöistä sitä, että heidän matkansa hoito-

paikkoihin pitenevät. Tällöin kuljetuspalvelujen käyttö lisääntyy ajallisesti ja esteettömän kaluston riittävyys voi heikentyä. Vammaisista noin 85 000 henkilölle on myönnetty oikeus käyttää vammaispalvelulain mukaisia taksimatkoja (sotkanet.fi). Henkilö voi olla myös oikeutettu saamaan korvauksia henkilökuljetuksista sairausvakuutuslain nojalla. Muutoin vammaiset käyttävät terveydenhuollon palveluihin päästäkseen samoja kulkuvälineitä kuin muukin väestö ja tarvittaessa ensihoitopalvelua.

Etävastaanotot ja liikkuvat eritvispalvelut voivat osaltaan vähentää muutoksen saavutettavuuteen liittyviä kielteisiä vaikutuksia. Keskittäminen voi toisaalta myös mahdollistaa tukipalvelujen, esimerkiksi tulkien käyttöä.

Harvinaisissa sairauksissa ja monissa eritviskysymyksissä 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, yhteensä noin 550 000. 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. 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 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.

Vaativammissa päivystyksellisissä tilanteissa osalla lapsipotilaista ja heidän perheistään matka-aika ympärivuorokautiseen päivystykseen pitenee. 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 päättymisen Länsi-Pohjan sairaalassa edellyttää raskaana olevien ohjausta ja neuvontaa neuvolapalveluissa sekä joissakin tapauksissa mahdollisesti potilashotellitoiminnan käyttöä synnytysten hoidon siirtymässä Lapin keskussairaalaan tai Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Aiempien kokemusten perusteella ei Suomessa matkasynnytysten määrä ole merkittävästi lisääntynyt, vaikka synnytysikäisiä hoitavia sairaaloita on karsittu. Matkan piteneminen (noin 100 km) voi aiheuttaa huolta ja synnytyspelkoa. Pidemmät matkat synnytysairaalaan voivat vaikeuttaa myös puolison mahdollisuutta osallistua synnytykseen, ja aiheuttaa haasteita perheen muiden lasten hoidolle synnytysajan aikana. Synnytystoiminnan keskittyminen isompaan ja volyymillisesti enemmän synnytysikäisiä hoitavaan sairaalaan varmistaa toisaalta osaamisen ja resurssin 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. Sairaanhoidajista naisia on hieman yli 90 prosenttia. Miesten osuus on ollut hienoisessa nousussa parin viime vuoden aikana. Lääkäreistä noin 60 prosenttia on naisia. Työikäisistä sairaalaerikoisaloiden 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 Mielen terveys- ja päihdepalveluiden käyttäjät

Mielen terveys- ja päihdehäiriöille on tyypillistä, että hoidon viivästyminen aiheuttaa oireilun vaikeutumista ja toimintakyvyn heikkenemistä, ja tämä koskee vakavissa mielen terveyden häiriöissä myös päivystyksellisiä tilanteita. Tiedetään, että mielen terveys- tai päihdeongelma itsessään vaikeuttaa hoidon hakemista, jolloin hoitoon pääsy olisi tehtävä mahdollisimman kynnvyksettömäksi ja viivytyksettömäksi. Pitkä matka päivystykseen saattaa estää avun tarvitsijaa hakemasta apua. Mielen terveyshäiriöiden 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. Mielen terveyden tai päihdeongelman riittävä tunnistaminen on palvelujärjestelmässä ollut haasteellista. Keskitetyissä päivystyspalveluissa voidaan todennäköisesti paremmin turvata psykiatrisen erityisosaaminen, ja taata laadukkaampi päivystysapu.

Psykiatrian erikoisalain päivystyksellisen avun saamiseen esitys ei toisi muutosta Länsi-Pohjan, Oulaskankaan, Salon, Savonlinnan tai Valkeakosken sairaaloiden vastuuväestöjen osalta, sillä näillä sairaaloilla ei ole ollut psykiatrian erikoisaloiden ympärivuorokautista päivystystä. Osassa on päiväaikaista poliklinikkatoimintaa ja ympärivuorokautista osastotoimintaa. 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 ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon päivystys voisi jatkua, jolloin mielenterveyteen liittyvissä äkillisissä tilanteissa voisi edelleen hakeutua myös yöaikaan lähisairaalan päivystykseen. Perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystystoiminta päättyisi Raahen, Iisalmen, Varkauden, Jämsän ja Kouvolan perusterveydenhuollon yksiköissä. Kemiä ja Savonlinna lukuun ottamatta edellä kuvatuilla alueilla mielenterveysongelmien perustason yöaikainen päivystyksellinen arviointi- tai hoitopaikka sijaitisi 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 mielenterveysvistä. Kun yöaikaan käyntien keskiarvo on sairaalan oman ilmoituksen mukaan ollut 8 (mediaani 7), niin voidaan arvioida, että viikoittain mielenterveysvistä tapahtuvia yöaikaisia käyntejä on keskimäärin yhdestä kahteen. Savonlinnan sairaalan yhteispäivystyksen käynneistä on hoitoilmoitusrekisterin tietojen perusteella noin 3% tapahtunut mielenterveysvistä. Savonlinnassa klo 22 – 07 välillä tapahtuvien kaikkien päivystyskäyntien mediaani on 4. Tällöin voidaan arvioida, että yöaikaisia mielenterveysvistä 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 yöaikaisen mielenterveysvistä tapahtuvien käyntien määrän ei voi arvioida millään kvseessä olevalla alueella olevan erityisen suuri. Äkillisissä tilanteissa etänä saatu neuvonta tai hoito voisi osassa tapauksista olla riittävää. Päivä-, ilt- ja viikonloppuaikainen kiirevastaanotto toiminta voisi jatkua näissäkin yksiköissä. Kiireellisissä tilanteissa arviointi, avun saanti ja saattaminen oikeaan hoitopaikkaan voitaisiin hoitaa tarvittaessa myös ensihoidon kautta. Todennäköisesti ensihoidon käyttö tulisi näillä alueilla jonkin verran lisääntymään. Tahdosta riippumattoman hoidon arvioissa henkilön arviointi joudutaan tälläkin hetkellä usein tekemään muualla kuin lähipalvelua tarjoavassa yksikössä.

Kuusankosken psykiatrinen sairaala sijaitsee 8 kilometrin päässä Kouvolan perusterveydenhuollon ympärivuorokautisesta päivystyksestä, ja sairaala on vastaanottanut potilaita myös yöaikaan päivystyksessä tehdyn lähetteen perusteella. Kuusankosken psykiatrian osastopäivystäjä on tarpeen mukaan ollut perusterveydenhuollon konsultoitavissa, ja voi olla jatkossakin. Kun ympärivuorokautinen päivystys jatkossa sijaitisi Kymenlaaksossa vain Kotkassa, mahdollisen yöaikaisen psykiatriseen sairaalaan siirtymisen etäisyys päivystyksestä kasvaisi noin 65 kilometriin. Myös Kouvolasta 60 kilometrin päässä sijaitseva Päijät-Hämeen sairaalan päivystys voisi olla käytettävissä. Hoitoilmoitustietojen perusteella Kouvolan ympärivuorokautisessa päivystyksessä on koko vuonna 2022 tehty psykkisen 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, mutta osalla muutos lisäisi matkustamisen tarvetta ja myös ambulanssien käyttöastetta, mikäli potilaan kuljettamiseen tarvitaan ensihoitopalvelua.

Psykiatristen sairaalaosastojen päivystystoiminnan osalta esitetään, että se saisi jatkua tarpeen mukaisesti. Päivystyspisteiden keskittäminen voisi kuitenkin vaikuttaa myös siihen, miten niiden sairaaloiden, joihin ei iää ympärivuorokautista polikliinista päivystystä, psykiatristen osastojen lääkäripäivystys järjestetään. Läsnäoloa vaativien ympärivuorokautisten päivystyspisteiden keskittäminen saattaisi kuitenkin kokonaisuudessaan helpottaa psykiatrian erikoisalain 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.

4.2.4.7 Kielelliset oikeudet

Perustuslain 17 §:ssä säädettyä oikeutta omaan kieleen ja kulttuuriin käsitellään esityksen jaksossa 12 Suhde perustuslakiin ja säätämisiäriestys. Järjestämislain 5 § 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 2.2.1. 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 vliopistollisessa sairaalassa, eli nykyisinkin näissä sairaaloissa voimassa olevaan kaksikieliseen palveluun ei tulisi muutoksia. Varsinais-Suomen hyvinvointialueella Salossa ei jatkossa voisi ylläpitää tällaista päivystystä. Esityksellä ei myöskään 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 Pietarsaareessa ruotsinkielisiä on väestöstä 55,3 % ja Raaseporissa 64,0 %. Paikkakunnilla, joissa nyt ylläpidettävään päivystykseen kohdistuisi muutoksia, asukkaista vain pieni osa on ruotsinkielisiä.

Taulukko 20. Ruotsinkielisen väestön osuus kunnissa, joissa esityksen mukaan ympärivuorokautinen väestölle avoin päivystys lakkaisi tai johon tulisi muutoksia. Lähde: Tilastokeskus, vuoden 2022 tiedot.

Kunta	Ruotsinkielisten osuus väestöstä
Oulainen	0,1 %
Salo	1,2 %
Valkeakoski	0,2 %
Kouvola	0,4 %
Jämsä	0,1 %
Iisalmi	0,0 %
Varkaus	0,2 %
Kemi	0,2 %
Savonlinna	0,1 %

Järjestämislain 5 §:n 2 momentin mukaan asiakkaalla on oikeus käyttää saamen kieltä saamelaisen kotiseutualueen kunnissa tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä Lapin hyvinvointialueen alueella sellaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, joita tuote-

taan 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.

Saamelaisten 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. Lounaisen Lapin palvelualueella, jossa Länsi-Pohjan sairaala sijaitsee, asuu Tilastokeskuksen tilastojen mukaan vain vähän saamen kieltä äidinkielenään puhuvia. Esityksessä jäisi mahdollisuus ylläpitää Ivalossa perusterveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä. Ivalo sijaitsee Inarin kunnassa saamelaisten kotiseutualueella. Nykyisin päivystys toimii sosiaali- ja terveysministeriön 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. Osin saamenkieliset asioivat valtakunnan rajan yli myös Norjassa.

Taulukko 21. Saamen kieltä äidinkielenään puhuvien määrä Lapin hyvinvointialueen neljällä palvelualueella. Saamen kieltä puhuu kokonaisuudessaan valtakunnallisesti noin 20 000-30 000 henkilöä. Lähde: Tilastokeskus 2022, Lapin hyvinvointialue, oikeusministeriö

Lapin hyvinvointialueen palvelualue	Asukasluku	Saamen kieltä äidinkielenään puhuvien määrä
Pohjoisen Lapin palvelualue (Enontekiö, Inari, Kittilä, Kolari, Muonio, Pello, Utsjoki)	26217	1198
Itäisen Lapin palvelualue (Kemijärvi, Pelkosenniemi, Salla, Savukoski, Sodankylä)	20401	140
Kaakkoisen Lapin palvelualue (Posio, Ranua, Rovaniemi)	71152	198
Lounaisen Lapin palvelualue (Kemi, Keminmaa, Simo, Tervola, Tornio, Ylitornio)	58025	22

4.2.4.8 Potilasturvallisuus

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 ennakointia voidaan analysoida sen mukaisesti, mikä palvelu tai mitkä palvelut ovat uudelleen organisoinnissa 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 mm. hoidon saavutettavuus⁶⁰, joka liittyy kiinteästi potilaan ja hoitopaikan väliseen etäisyyteen, matka-aikoihin ja sen kustannuksiin sekä varsinaiseen odotusaikaan. Laatuksitteiden 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.⁶¹

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 2014⁶². 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 etäämmällä sijaitsevan hoitopaikan silloin, kun se on suurempi tai opetussairaala⁶³. 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 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 ennakkoiden 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 kuorittuneessa yksikössä⁶⁴.

⁶⁰ Guagliardo MF: Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics* 2004, 3:3

⁶¹ <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauksia-ja-toimintamalleja/asiakas-ja-potilasturvallisuuden-perehdytysmalli/>

⁶² 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

⁶³ Bühn et al. *BMC Public Health* (2020) 20:253
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8333-5>

⁶⁴ Harris P, et al. *BMJ Open* 2015;5:e006820. doi:10.1136/bmjopen-2014-006820

Myös kiireellisen hoidon tarpeessa ollaan valmiita hakeutumaan oman paikkakunnan ulkopuolelle, mikäli hoidon laatu keskitetyssä yksikössä koetaan lähiyksikköä paremmaksi⁶⁵. 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 voimakkain mahdollinen hoidon laadun mittari. Päivystysten keskittämisen vaikutuksia kuolleisuuteen on käyty hiljattain läpi Iso-Britannian terveystieteiden tutkimuskeskuksessa julkaisussa kirjallisuuskatsauksessa. Systemaattisesti 44 aiheesta kirjoitettua tieteellistä julkaisua käsittelevässä katsauksessa todetaan, ettei löydy viitteitä siitä, että pidentynyt matka-aika tai etäisyys olisi vaikuttanut kuolleisuuteen, silloin kun tarkastelun kohteena ovat kaikki päivystyspalveluita käyttäneet⁶⁶. Toisaalta Tanskan merkittävän sairaalaverkon uudistuksen (2007-2016) jälkeen yksittäisissä sairauksissa tai tautitiloissa kuten sepelvaltimotaudissa, aivoinfarkteissa, aortan aneurysmissä ja suurissa traumoissa kuolleisuuslukumäärät (sairaala ja 30-päivän) paranivat, mutta suotuisa trendi kokonaiskuolleisuudessa kaikissa tapahtumissa 30 päivän kohdalla hidastui. Monivammoissa aikaisempaa etäämmällä sijaitseva palvelu, joka on kooltaan suuremmassa yksikössä, on saavuttanut puolestaan parempia tuloksia⁶⁷. Taustalla on ajateltu olevan henkilökunnan lisääntynyt kokemus potilasvolyymin ollessa suurempia.

Ympärivuorokauden päivystävissä yksiköissä hoidetaan laajaa kirjoa erilaisia sairauksia, vammoja, päihtymystiloja ja sosiaalisia ongelmia, eivätkä keskittämisen periaatteet ole samankaltaisia kaikissa näissä tilanteissa⁶⁸. Erikoissairaanhoitoa 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 verrattuna⁶⁹. On myös näyttöä siitä, että esimerkiksi äkillisessä sydäninfarktissa potilaan ensikontaktin ollessa hoitoyksikköön, jolla ei ole riittäviä valmiuksia antaa hoitoa, on toipumiselle haitallisempaa kuin ammattitaitoisen ensihoidon suorittama kuljetus erikoistuneeseen yksikköön⁷⁰. 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 hyötävän

⁶⁵ Bhattarai N, Mcmeeke 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

⁶⁶ Chambers et al. *BMC Medicine* (2020) 18:117

<https://doi.org/10.1186/s12916-020-01580-3>

⁶⁷ 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.

⁶⁸ Postma & Zuiderent-Jerak. Beyond Volume Indicators and Centralization. *Annals of Emergency Medicine*, 69 (6), 2017.

⁶⁹ Vaughan L, Browne J. *BMJ Qual Saf* 2023;32:185–188.

⁷⁰ 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

siitä, että kaikkein kriittisesti sairaimmat voidaan siirtää heidän hoitoonsa erikoistuneeseen yksikköön⁷¹. Tuolloin hoitohenkilökunnan huomio ei keskity vain kriittisesti sairaimpiin ja hoidon laatu muilla potilasryhmillä parempaa. Merkittävä osa potilasaineistosta sairaaloidenkin päivystyksissä olisi hoidettavissa perusterveydenhuollon kiireettömillä, päiväaikaisilla vastaanotoilla⁷².

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 kustannuksia⁷³, mutta nykyisin merkittävä osa päivystyksistä toimii vuokra- tai ostopalvelutyövoimalla eivätkö 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. Ikäihmistien hakeutuminen yöaikaisille terveyskeskuskäynneille erityisesti hoivalaitoksista voidaan ehkäistä toimivilla konsultaatiokanavilla. Käynnit perusterveydenhuollon päivystyksessä voivat olla haitallisia potilasturvallisuudelle, mikäli kriittisesti sairaalla hakeutuminen erikoistuneeseen hoitopaikkaan viivästyy. Myöskään vanhusten tilannetta ei useinkaan paranna yöaikainen hoito perusterveydenhuollon päivystyksessä, jonne ohjaamista tulisi aina punnittava tarkkaan.

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 2020⁷⁴ kuvaa, että Suomessa on käytössä pohjoismainen potilasturvallisuuden seurantalomake ja että seuranta tehdään sairaaloiden ja kliinisten 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 kehitettyjen työkalujen käyttöä.

Keskittämisasiasetuksen 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

⁷¹ 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.

⁷² Reissell E, Tiirinki H, Nuorteva L. Sairaalapäivystysten nykytila – keskeiset haasteet toiminnassa ja arvioinnissa. Tutkimuksesta tiiviisti 50/2021, THL

⁷³ Saarelma O, Kunnamo I. Avohoidon päivystys on terveydenhuollon näyteikkuna. *Duodecim* 1996;112(6):451.

⁷⁴ de Bienassis K ym. Culture As a Cure: Assessments of Patient Safety Culture in OECD Countries. OECD Health Working Paper No. 119, 2020.

toimintaa sosiaali- ja terveysministeriö on rahoittanut toimintaa vuodesta 2020. Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus julkaisee raportointityökaluja⁷⁵, 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 muutoksen vaikutuksia, mihin hyvinvointialueet voivat hyödyntää esimerkiksi helmikuussa 2024 julkaistua työkalua⁷⁶, jonka käyttö edellyttää yksikkökoh- taisia suorite- ja taloustietoja.

4.2.4.9 Vaikutukset henkilöstöön ja työllisyysvaikutukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toimiala on Suomen suurin työllistäjä toimialoit- taisessa tarkastelussa⁷⁷. Se työllisti vuonna 2022 yhteensä noin 430 000 henkilöä ja on työllisyy- deltään selvästi suurempi kuin toiseksi suurin toimiala teollisuus. Toimiala työllistää myös muita osajia kuin pelkästään sosiaali- ja terveysalan koulutuksen saaneita. Nykytilassa lähes kaikissa terveydenhuollon ammateissa on henkilöstövajetta. Alalla käydään myös kilpailua työ- voimasta julkisen ja yksityisen sektorin kesken. Palkansaajien henkilömäärä nimenomaan yksi- tyiselle sektorilla on kasvanut, sitä vastoin julkisella sektorilla vähentynyt⁷⁸. Sosiaali- ja tervey- denhuollon toimialan merkitys on tuottaa terveyttä, hyvinvointia, työkykyä ja sairauksien hoitoa myös muiden toimialojen työllisille ja työvoiman ulkopuolella oleville. Näin ollen sairaalaver- kon ja yöpäivystysten muutokset voivat heijastua yhteiskuntaan ja työllisyyteen, myös toimi- alariippumattomasti.

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 tietyt erikoisosaa- misen ammattihenkilöitä, käytännössä erikoislääkäreitä ja erityisosaaamisen kouluttaneita sairaanhoitajia. Toisaalta monelle terveydenhuollon ammattihenkilölle löytyy samalta paikka- kunnalta mielekkäitä työtehtäviä muista hyvinvointialueen toiminnoista. Lainmuutosten jäl- keen on mahdollista, että sellaisilta alueilta, joissa toimintaa poistuu tai vähenee, tapahtuu hen- kilöstön 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 paikkakun- nalla ei ole käytännössä mahdollista (esimerkiksi autottomuus ja samanaikainen julkisen liiken- teen 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

⁷⁵ <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/tyoka- luja/>

⁷⁶ <https://asiakasjapotilasturvallisuuskeskus.fi/ammattilaisille-ja-opiskelijoille/materiaalipankki/kuvauk- sia-ja-toimintamalleja/muutosten-vaikutusten-arviointityokalu/>

⁷⁷ Tevameri, Terhi (2024) Sote-palveluala. Työelämän sekä yksityisen sektorin viimeaikaiset kehityssuunnat. TEM toimialaraportit 2024:2. <https://julkaisut.valtioneu- vosto.fi/bitstream/handle/10024/165580/TEM_2024_2_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷⁸ Tilastokeskus, työvoimatutkimus.

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.

Hallituksen esityksessä ei ole mahdollista arvioida vaikutuksia yksittäisen sairaalan, yksittäisen erikoisalanan tai muun terveydenhuollon toimintayksikön tai toiminnon nykyisen henkilöstön määrään, tehtäviin tai niiden muutoksiin. Riittävä tietopohja ja kunkin alueen toiminnan, tilanekuvan kehityksen sekä nykyisen henkilöstön osaamisprofiilin tuntemus on kullakin hyvinvointialueella.

Pidemmillä 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 koulutautuvan 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 syrjäseuduilla⁷⁹. Tutkimuksen mukaan lääkärit arvostavat työssään ammatillista tukea kollegoilta ja mahdollisuuksia ammatilliseen kehittymiseen.

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 päiväaikaiseen työskentelyyn sekä volyymitään runsas päiväkirurgisten toimenpiteiden osuus voi olla myös rekrytointivaltti osalle

⁷⁹ 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)

lääkäreistä. Erikoistuville lääkäreille nämä sairaalat voisivat olla osin houkuttelevia erikoistumisyksiköitä, mikäli luodaan suunniteltuja koulutuskokonaisuuksia. Ympäri vuorokautiseen 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.

Länsi-Pohjan sairaalassa ei voi 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 erikoislääkäreiden 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 lääkäreihin⁸⁰. Useissa sairaaloissa on lisätty lähihoitajien määrää sairaanhoitajavajeen vuoksi. Hoitaja-ammattit ovat tyypillisesti hyvin naisvaltaisia ja heikommin palkattuja kuin esimerkiksi lääkärityövoima. 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, olisivat houkuttelevia työpaikkoja myös hoitajille monipuolisine koulutus-, työ- ja etenemismahdollisuuksineen. Ympäri vuorokautisen päivystysvelvollisuuden vähäisyys tai poistuminen, työajan painotus päiväaikaiseen työskentelyyn sekä volyymiltään runsas päiväkirurgisten toimenpiteiden osuus voi olla myös rekrytointivaltti myös osalle hoitohenkilöstöä.

Länsi-Pohjan sairaala ei voisi jatkossa hoitaa synnytyksiä. Tämä voisi varmistaa hoitohenkilöstön riittävyttä muihin kyseisen sairaalan toimintoihin ja esimerkiksi kättilöjen riittävyttä Lapin keskussairaalassa ja Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Erityisosaaville hoitajille voi löytyä uusia tehtävänkuvia myös Länsi-Pohjan alueelta esimerkiksi polikliinisen toiminnan ja päiväkirurgian toiminnoissa.

Ympäri vuorokautisten päivystyspisteiden väheneminen lisäisi joillakin hyvinvointialueilla ensihoitopalvelun kapasiteettitarvetta ja siten henkilöstön tarvetta. Henkilöstöltä edellytettäisiin lisäosaamista erityisesti hoidon tarpeen arvioinnissa sekä tilanteiden ennakkoinnissa myös

⁸⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023) Suomi: Maan terveysprofiili 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>

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 tiedekunnassa (Helsinki, Turku, Tampere, Itä-Suomi ja Oulu). Lääkärien peruskoulutusta on lisätty viime vuosina joillakin kymmenillä, ja lisäksi suomalaisia opiskelee ulkomailla lääketiedettä noin 1100-1200 henkeä. Kyselyiden mukaan näistä opiskelijoista noin 90 % aikoo 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 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 erikoisan koulutuksen tarkempi sisältö ml. vaaditut palvelujaksot on määritelty yliopistojen yhteisessä opinto-oppaassa.⁸¹

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, 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

⁸¹ 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

koulutukseen soveltuvia (viite: <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattillinen-jatkokoulutus/elkoulutus/>). 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 päivätyö. 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. Kokoneiden, kouluttamiseen motivoituneiden erikoislääkäreiden riittävä määrä on oleellista laadukkaan koulutuksen toteuttamiseksi, mikä yhdessä muun ohjauksen ja tuen kanssa ovat merkittävä tekijä lääkäreiden rekrytoinnin sekä toimipaikan veto- ja pitovoiman kannalta.

Hoitotyön ammattilaiset

Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, ensihoitajat, kätilöt, 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 kätilön (AMK) 270 op. Sairaanhoitajan tutkinto sisältyy terveydenhoitajan, ensihoitajan ja kätilön tutkintoihin (ns. kaksoistutkinnot). Vuonna 2023 sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, ensihoitajan ja kätilön tutkintoihin johtavaa koulutusta järjestettiin kaikilla yhteistyöalueilla.

Taulukko 22. Terveysalan AMK-tutkinnon opiskelupaikan vastaanottaneet vuonna 2023

Ammattikorkeakoulu	Sijainti	Sairaanhoitaja (sh)	Terveydenhoitaja (th)	Ensihoitaja (eh)	Kätilö (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)	294	108	153	
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). 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).

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 harjoiteluista 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 kehittämissuhteudet laadittiin vuonna 2021⁸² ja sen pohjalta vuonna 2023 selvitettiin kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien tarve hyvinvointialueilla vuoteen 2028⁸³. Määritellyistä kliinisen hoitotyön erikoisaloista (17) noin puolet sisältyy ammattikorkeakoulujen erikoistumiskoulutustarjontaan. Hyvinvointialueiden tavoite erikoistumiskoulutettujen osuudeksi on noin 40 % sairaanhoitajista ja lisästarve on noin 8 000 kliinisesti erikoistunutta ja 460 rajatun lääkkeenmääräämisen erityispätevyden 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 erityispätevyden 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 synnytykset, kirurgian erikoisalot, anestesiologia, korva- nenä- ja kurkkutaudit) osalta.

Yhteistyöalueittain hyvinvointialueiden ja ammattikorkeakoulujen keskinäisen yhteistyön kautta tapahtuva toimeenpanon ennakkoinen suunnittelu ja arviointi mahdollistavat muutosten hallitun toteuttamisen. Esityksen vaikutuksena ei arvioida aiheutuvan merkittävää hankaluutta harjoittelujen tai työelämäjaksojen järjestämiselle. Järjestämislain nojalla hyvinvointialue vastaa alueellaan tehtävälänsä 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 terveysalan yhteistyön rakenteiden ja toimintamallien varmistamista ja jatkuvaluonteista koordinaatiota.

4.2.5 Vaikutukset alueelliseen itsehallintoon

Hyvinvointialueiden itsehallinnollista asemaa on käsitelty esityksen jaksossa 12 Suhde perustuslakiin ja sääätämisyjärjestys.

Päivystyksestä ja erikoissairaanhoidon työnjaosta säädetään jo voimassa olevassa laissa suhteellisen yksityiskohtaisesti ja siten osittain hyvinvointialueiden omaan päätöksentekoa rajoittavasti.

⁸² Kliinisen hoitotyön erikoisalot: Ehdotukset kliinisesti erikoistuneen sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2021:36. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163719>

⁸³ Kliinisesti erikoistuneiden sairaanhoitajien ennakoitu tarve vuosille 2024–2028: Selvitystyö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:9. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165470>

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 säädetyt 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 monierikoisalainen 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.

Perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen 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 tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä. Sinänsä jo nyt asialle on siis tarvinnut sosiaali- ja terveysministeriön luvan, jolla on ollut toimivalta myös lupa evätä, joten asia ei ole tähänkään asti ollut vain hyvinvointialueen päätettävissä tai yhteistyösopimuksessa yksin sovittavissa.

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 kiinteä tilakapasiteetin ja siihen liittyvien laitteistojen käyttöastetta pystytään nostamaan.

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi hyvinvointialueille. 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 yliopistollinen sairaala tai keskussairaala. Uudellamaalla HUS-yhtymällä olisi edelleen päätösvalta tällaisten päivystävien sairaaloiden osalta. Arvioitaessa vaihtoehtoisia tapoja kehittää sairaaloiden vä-

listä työnjakoa ja ympärivuorokautista päivystystä, vaihtoehtoina erottuu kaksi päälinjaa. Ensimmäinen lähestymistapa on lisätä alueellista päätösvaltaa ja siten luopua ainakin osittain nykyisestä vahvasta säädösohjauksesta. 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 päätösvallan 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 ja akuuttilääketieteen 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 terveyspalveluiden kokonaisuuden ja kustannusten näkökulmasta tarkoituksenmukaisen päätösten tekoa. Lisäksi palveluverkon ratkaisuiden jäädessä alueellisten päätösten varaan ei voitaisi olla varmoja kansallisen riittävän eritasoisen hoidon turvaavan sairaala- ja päivystysverkoston kokonaisuuden pysyvyydestä eikä sen sopeutumisesta häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Yhteistyöalueiden välisen yhteistyön lisäksi tarvitaan kansallista yhteistyötä, mihin yksinomaan yhteistyösopimusinstrumenttina ei ole riittävä.

Nykyisten päivystävien sairaaloiden sijainti ja palveluvalikoima välttämättä ole kaikin osin seurannut väestön määrän, asukastiheyden ja palvelutarpeen muutoksia. Samalla kuitenkin päivystysten suunnittelussa ei käytännössä ole mahdollista esimerkiksi luoda ”puhtaalta pöydältä” jokinlaista etäisyyksien ja kustannustehokkuuden kannalta optimaalista verkostoa, koska nykyisen verkoston muotoutumiseen on vaikuttanut moni seikka, ja toisaalta nykyiset yliopistolliset sairaalat ja keskussairaalat kuitenkin käytännössä sijaitsevat alueidensa merkittävässä asutuskeskittymissä. 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, että kullakin 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 yliopistol-

listen 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 akuutologinen 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 keskittämisesetuksen ja päivystysesetuksen sisältöä sekä työnjakoa yhteistyöalueiden lisäksi myös kansallisella tasolla. Tällä tavoitellaan vuosittaista 25 miljoonan euron vähennystä hyvinvointialueiden rahoitukseen vuodesta 2026 lähtien.

6 Lausuntopalautte

(täydennetään lausuntokierroksen jälkeen)

7 Säännöskohtaiset perustelut

Terveydenhuoltolaki

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 erikoissairaanhoido 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. Terveydenhuoltolain 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 erikoissairaanhoido kootaan terveydenhuoltolain 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.

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 ”ympäri vuorokautinen 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 jälkiseurantaa 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 ja HUS-yhtymän sairaaloissa.

Päiväkirurgialla ja lyhytjälkihoitoisella leikkaustoiminnalla tarkoitetaan momentissa sellaista leikkaustoimintaa, joka edellyttää leikkaussali- tai toimenpidehuoneen erityisolosuhteita ja toiminnan toteuttamiseksi perehtyneet anestesian ja leikkaustoiminnan tiimit ja osaamisen. Leikkaustyypit 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 erityislaiteinvestointeja. Pykälän 4 momentin mukaisista leikkauksista ja toimenpiteistä säädettäisiin asetuksessa, jotta on selvää, mitä toimenpiteitä tarkoitetaan. Tällaisia toimenpiteitä voisivat olla esimerkiksi tietyt yleiskirurgian voilyymitoimenpiteet (tyrä, suonikohjut), 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 tekonivelleikkauksia, selkäkirurgiaa ja syöpäkirurgiaa, ei voisi toteuttaa näissä sairaaloissa.

HUS-yhtymällä on 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 saa suorittaa leikkaustoimintaa 45 §:n 3 momentin säännöksen nojalla. Tämän lisäksi siis HUS-yhtymä voisi suorittaa 4 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa myös muissa sairaaloissaan. Momentissa mainittaisiin myös HUS-yhtymä, koska HUS-yhtymän sairaalatoiminta on jakaantunut kymmeneen 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 nimeytyissä 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 nimeytyissä sairaaloissa. Edellytyksenä olisi, että hyvinvointialue ja HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen, ja asiasta on oltava sovittu järjestämislain 36 §:ssä tarkoitettussa 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 toistettuun 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 anesthesiologista osaamista edellyttäviä kevyttä nukutusta tai puudutusta vaativia toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa tavanomaisessa terveydenhuollon toimitilassa ilman erityislaitteita 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 perustervey-

denhuollon yksiköissä. Uudenmaan osalta tämä merkitsee, että osaa näistä toimenpiteistä voisi-
vat siis suorittaa myös Uudenmaan hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki toimintayksiköis-
sään.

Pykälän 3–5 momentissa tarkoitettuihin leikkaustoimenpiteet eivät sisällä paikallis- tai johto-
puudutuksessa tehtäviä toimenpiteitä, joissa ei tarvita mukana anestesiologia. Näitäkin toimen-
piteitä voisi tehdä muissakin toimintayksiköissä. Asiasta ei erikseen säädettäisi 45 §:ssä. Jär-
jestämistä vastuuta, potilasturvallisuutta ja laatua koskeva sääntely edellyttää, että hyvinvointialu-
een, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän on varmistettava laatu ja potilasturvallisuus näissä-
kin toimenpiteissä. Näiden toimenpiteiden yhteydessä voidaan tarvittaessa käyttää myös lievää
sedaatiota rentouttavilla lääkkeillä ja kivun lievitystä toimenpidettä suorittavan lääkärin valvon-
nassa.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin edellytyksistä, joiden täytyessä 3–5 momentissa tarkoitet-
tua leikkaustoimintaa ja toimenpiteitä voi hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta. Voimassa ole-
van 45 §:n 3 momentin säännöksen, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edel-
lyttävän leikkaustoiminnan suorittamista sairaaloissa, joissa on ympärivuorokautinen peruster-
veydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, on käytännössä tulkittu estävän hyvin-
vointialueita 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. Niitä kä-
sitellään järjestämislaisissa yksityisinä palveluntuottajina (ks. jakso 2.1.2. ja 2.2.7). Coxan omis-
tavat Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Kanta-Hämeen, Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan hyvin-
vointialueet 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. Sydän-
sairaala lisäksi toimii Kanta-Hämeen keskussairaalassa Hämeenlinnassa ja Keski-Suomen Sai-
raala Novassa Jyväskylässä. Sydänsairaalalla on lisäksi toimintaa eräillä muilla paikkakunnilla,
joissa ei kuitenkaan tehdä 45 §:n 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 palveluntuottajalta, jonka
sairaala on julkisen 50 §:n 3 tai 4 momentissa tarkoitettua yliopistollisen sairaalan tai keskus-
sairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen
yhteys.

Erottamattomalla toiminnallisella yhteydellä tarkoitetaan sitä, että yksityinen sairaala toimii esi-
merkiksi palveluketjujen, potilaiden ohjaamisen, lääketieteellisten tukipalveluiden taikka päi-
vystysjärjestelyjen näkökulmasta kiinteänä toiminnallisena osana yliopistollista tai keskussai-
raalaa. Edellytys välittömästä läheisyydestä tarkoittaa käytännössä varsinaisen yliopistollisen
sairaalan tai keskussairaalan tiloissa, yhteydessä tai samalla kampusalueella toimimista. Koska
momentissa keskussairaalalla tarkoitettaisiin 50 §:n 3 tai 4 momentissa tarkoitettua keskussai-
raalaa, ei tässä momentissa siis tarkoitettaisi nykyisin keskussairaaloita kutsuttavia Länsi-Poh-
jan 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 mahdol-
lisuudesta siirtää potilas nopeasti jatkohoitoon sairaalaan, jossa on ympärivuorokautinen val-

mius päivystysleikkausten tekemiseen, teho-osasto ja riittävän laajasti erikoisalojen ympärivuorokautista päivystystä. Tämä olisi tarkoittanut sitä, että potilas pystytään siirtämään ensihoito-palvelun 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 palveluntuottajana 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.

Momentissa säädettäisiin lisäksi edellytyksistä hankkia 4 ja 5 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä yksityiseltä palveluntuottajalta. Hyvinvointialue, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä saisi hankkia edellä 4 ja 5 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä yksityiseltä palveluntuottajalta toiminnalle säädettyjen edellytysten täyttyessä. Momentissa tarkoitetuilla toiminnalle säädetyillä edellytyksillä tarkoitettaisiin ensinnäkin niitä edellytyksiä, joista säädetään 4 ja 5 momentissa, eli hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän on varmistettava osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutuminen. Lisäksi on noudatettava järjestämislain palveluiden hankintaa koskevaa sääntelyä ja sote-valvontalain omavalvontaa koskevaa sääntelyä, sekä muita palveluntuotannolle asetettuja vaatimuksia. 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. Osana hankintaa hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän vastuulla on kuitenkin varmistaa osana potilasturvallisuuden turvaamista esimerkiksi asianmukaiset potilaan jatkohoitoon siirtämisen käytännöt.

Momentin mukaan hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän olisi sovittava yhteistyösopimuksessa periaatteista, joiden mukaisesti hyvinvointialue tai HUS-yhtymä voisi hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta leikkaustoimintaa ja muita 3 ja 4 momentissa tarkoitettuja toimenpiteitä. Tällä säännöksellä pyritään varmistamaan, että yhteistyöalueen leikkaustoimintaan käytävissä oleva julkinen ja yksityinen kapasiteetti tulevat hyödynnettyä tarkoituksenmukaisesti.

Pykälän 7 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 8 momentiksi siirtyisi voimassa oleva pykälän 5 momentti, jossa säädetään asetuksen antovaltuudesta. Asetuksen antovaltuuteen 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 keskittämisasetuksessa 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 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.

Momentin asetuksenantovaltuuteen ehdotetaan lisäksi lisättävän valtuutus, jonka mukaan valtioneuvoston asetuksella säädetään pykälän 4 ja 5 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä. Koska yksittäisen toimenpiteen kohdalla voi olla tulkinnanvaraista, onko kyse 4 tai 5 momentissa tarkoitettusta 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 momentissa tarkoitetuista leikkauksista. Tämä voi olla tarpeen ainakin erotellessa 3 ja 4 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä. Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin tyhjentävä luettelo 4 ja 5 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä. Sen sijaan 3 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 momentin mukaisista leikkauksista säätäminen.

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. 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 vastaanotto toiminta 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 päivystyksikköön. Lisäksi 2 momentissa säädetään velvoitteesta järjestää terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta 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. Terveydenhuolto-laissa 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 vastaanotto toiminnasta, 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 päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Momentissa täsmennettäisiin voimassa olevaa sääntelyä siten, että momentissa tarkoitettua kiireellistä vastaanotto toimintaa 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. Aikavälillä 22-07 vastaanotto toiminnan ja päivystyksen järjestäminen on osa ympärivuorokautista päivystystä, josta säädetään 3–6 momentissa.

Monierikoisalaisissa ympärivuorokautisissa sairaaloiden päivystyksissä ja perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen 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 päiväaikaista perusterveydenhuollon kiireellistä vastaanotto toimintaa tai muita sosiaali- ja terveyspalveluita. Osa potilaista voi myös saapua päivystysyksikköön, koska ilta-aikainen hoito sopii heidän aikatauluunsa paremmin, tai sairaalapäivystys voidaan kokea palveluiltaan kattavamaksi. 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 vastaanotto toiminnan järjestämisen tarpeellisuutta. Riittäväillä ilta-aikaisilla ja viikonlopun päiväaikaisilla palveluilla voidaan vähentää varsinaisten päivystysyksiköiden ruuhkautumista.

Keskeinen merkitys potilaiden ohjautumisella oikeaan yksikköön ja lääketieteellisesti tarpeellisessa ajassa on sillä, että toiminnassa noudatettaisiin sosiaali- ja terveysministeriö 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 vastaanotto toiminta on järjestettävä siten, että se muodostaa muiden palveluiden kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Tällä tarkoitetaan velvollisuutta sovittaa kiireellinen vastaanotto toiminta 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 ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta, 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 tarkoitetusta kiireellisestä hoidosta lukuun ottamatta perusterveydenhuollon kiireellistä vastaanotto toimintaa. Kokonaisuus tulisi järjestää HUS-yhtymän kanssa koordinoituna. 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 määrittämisestä.

Pykälän 3 momentissa säädetään HUS-yhtymän ja kahdentoista hyvinvointialueen velvoitteesta ylläpitää keskussairaalansa 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 keskussairaalansa 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.

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 ympärivuorokautinen päivystys, jolla 3 ja 4 momentin sääntely huomioon ottaen tarkoitettaisiin asiallisesti siis monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. 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 iltapäivä- ja viikonlopun päiväaikaista kiirevastaanottoa.

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 selvytyksen vuoksi jaoteltaisiin hyvinvointialueet niihin, joissa on yliopistollinen sairaala ja niihin, joissa päivystys toimii keskussairaalan yhteydessä. Terveystieteiden lain 50 §:n 3 momentissa tällä jaotellulla ei ole suoraa vaikutusta päivystyksen laajuuteen koskevaan sääntelyyn, mutta sairaaloiden profiileissa on eroja järjestämislain yliopistollisia sairaaloita koskevan sääntelyn (34 a §), terveydenhuoltolain 45 §:n, erikoissairaanhoidon keskittämisasiänsäätelyn ja päivystysasetuksen sääntelyn sekä yhteistyösopimuksessa sovitun työnjaon kautta.

Momentissa säädettäisiin, että velvollisuus järjestää ympärivuokautinen päivystys, jossa pystytään tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketieteen erikoisalalla ympärivuokautisesti 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 ympärivuokautista 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 Mikkeliin, Kainuun hyvinvointialueen Kajaanissa, Kanta-Hämeen hyvinvointialueen Hämeenlinnassa, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueen Kokkolassa ja Kymenlaakson hyvinvointialueen Kotkassa. Momentissa lisäksi olisi voimassa olevaa sääntelyä osittain 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” ympärivuokautinen (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 kuitenkin 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 perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista 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 yhteispäivystysyksikön 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 Valkeakoskella, Oulaisissa ja Salossa. Perusteluja ehdotuksella on käsitelty jaksossa 2.2.5 ja 2.3.2.3.

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 tarkeimmasta roolista ja niiden työnjaosta toimintaympäristön muuttuessa, kunhan muutoin lainsäädännössä sairaalan toiminnalle säädetyt edellytykset toteutuvat.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen järjestämisestä. Tällaisen 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. Terveystieteiden sääntelyssä ehdotetaan luovuttavan sosiaali- ja terveysministeriön mahdollisuudesta myöntää lupa tällaisen päivystyksen ylläpitämiseen, ja sen sijaan 6 momentissa säädettäisiin ne hyvinvointialueet ja niiden paikkakunnat, joissa olisi mahdollisuus ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystystä hyvinvointialueen niin päättäessä ja yhteistyösopimuksessa niin sovittaessa.

Momentissa tarkoitettua päivystystä saisi ylläpitää Lapin hyvinvointialue Ivalossa ja Kemissä, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Kuusamossa ja Etelä-Savon hyvinvointialue Savonlinnassa, jos palveluiden saavutettavuus sitä edellyttää eikä väestön tarvitsemia kiireellisen hoidon palveluita voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun ja muiden päivystysyksiköiden avulla. Momentissa lisäksi säädettäisiin, että Pohjanmaan hyvinvointialue saisi ylläpitää ympärivuorokautista perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystystä Pietarsaarella ja HUS-yhtymä Raaseporissa, jos ylläpito tukee kielioikeuksien toteutumista. Perusteluja ehdotukselle käsitellään jaksossa 2.3.4.

Raaseporin sairaala on HUS-yhtymän sairaala, joka sijaitsee maantieteellisesti Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen alueella. HUS-yhtymän yhtymähallituksen 12.2.2024 kokouspöytäkirjan mukaan toiminnan päävastuu Raaseporin sairaalan kampuksella siirtyisi vuoden 2024 aikana vaiheittain ja toimintokohtaisesti HUS-yhtymältä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelle. Tarkoituksena on, että ehdotettujen muutosten jälkeen vuoden 2025 alusta lukien HUS tuottaa kampuksella erikoissairaanhoidon polikliinisia palveluja ja kampuksen toiminnan kannalta tarpeelliset diagnostiset palvelut. Asian vaiheittaista etenemistä ja liikkeenluovutusta on tarkoitus käsitellä yhtymähallituksessa kesäkuussa 2024.

Uusimaa-lain 5 §:n nojalla HUS-yhtymä vastaa terveydenhuoltolain 50 §:ssä tarkoitettua kiireellisestä hoidosta perusterveydenhuollon kiireellistä vastaanottoa lukuun ottamatta. Täten HUS-yhtymä on se, joka päättää siitä, ylläpidetäänkö Raaseporin sairaalassa yöaikaista päivystystä. HUS-yhtymä voisi ehdotetun sääntelyn nojalla järjestää jatkossakin ympärivuorokautista päivystystä Raaseporin sairaalassa, jos ylläpito tukee kielioikeuksien toteutumista.

Pykälän 6 momentissa säädettäisiin paikkakuntaakohtaisesti niistä yksiköistä, joissa ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystystä saa järjestää. Sääntelyn käytännön seurauksena perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen yöaikaista päivystystä ei voisi jatkaa Kouvolassa, Raahessa, Iisalmissa, Varkaudessa ja Jämsässä, joissa nykyisin ylläpidetään tällaista päivystystä sosiaali- ja terveysministeriön myöntämän poikkeuslupan perusteella.

Pykälän 7 momentin mukaan ympärivuorokautista väestölle avointa terveydenhuollon päivystystä saa järjestää ainoastaan edellä 3–6 momentissa tarkoitetuilla paikkakunnilla sijaitseissa sairaaloissa tai terveydenhuollon toimintayksiköissä. 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 muissa 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, akuuttilääketieteen tai muiden erikoisalojen palveluja aikavälillä 07-22.

Pykälän 7 momentissa myös säädettäisiin, että synnytyksiä saa hoitaa ainoastaan 3–5 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa. Tämän sääntelyn käytännön seurauksena olisi, että synnytyksiä ei voisi hoitaa Kemissä Länsi-Pohjan sairaalassa, jossa jatkossa ei voisi olla 3-5 momentissa tarkoitettua monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä, joka on synnytysten hoidon edellytyksenä. Synnytyksiä 3–5 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa hoidettaessa edellytyksenä edelleen olisi, että synnytyksien hoitamista koskevat muut säädetyt edellytykset täytyvät. Tällä erityisesti viitataan 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.

Pykälän 7 momentissa selvyuden 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 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. Hyvinvointialue, 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 tuke-
mana.

Potilaita voitaisiin ottaa ympärivuorokautisesti avohoidosta myös sellaisiin sairaaloihin ja terveydenhuollon toimintayksiköihin, joissa on vain vuodeosastotoiminnan edellyttämä sisäinen päivystys, vaikka väestölle avointa päivystystä ei sairaalassa olisikaan, edellyttäen, että potilailla on valmiina hoitosuunnitelma ja hoitolinjaukset on tehty, mikäli kyse on aiemmin tutkitun sairauden tai oireen hankaloitumisesta eikä uutta diagnostiikkaa tarvita. Tällaisia potilaita voivat olla esimerkiksi saattohoitopotilaat tai tilanteet, joissa toistuvasti on pitkäaikais sairauden pahenemisvaiheita.

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 oikein 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 yhteistyösopimuksessa on päivystyksestä sovittaessa 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 tehdessä 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 riittävyys 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, mikäli hyvinvointialueen taloudellinen tilanne ei sitä salli. 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.

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.

Momentissa lisäksi uudessa säännöksessä 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 yhteistyöaluerajat 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 ja akuuttilääketieteen päivystysyksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista. Valtuuden nojalla voisi edelleen antaa säännöksiä kaikkia 3–6 momentissa tarkoitettuja sairaaloita ja yksiköitä koskien. Valtuuden sanamuodossa myös huomioitaisiin se, ettei sosiaali- ja terveysministeriö jatkossa voisi myöntää poikkeuslupia ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen 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 eikä 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 yhteisalueetasoisesta yhteistyöstä. Asetuksella voitaisiin säätää siis valtakunnallisesta yhteistyöstä, tai yhteistyöalueiden rajat muuten ylittävästä yhteistyöstä.

50 a §. Terveys- ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö. Pykälän 3 momenttiin ehdotetaan tehtäväksi 50 §:n mukaisia muutosehdotuksia vastaava muutos, jonka myötä ei enää termeinä säädettäisi laajoista ympärivuorokautisista päivystysyksiköistä ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksistä. Sen sijaan tämän pykälän 3 momentissa säädettäisiin 50 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitetuista päivystysyksiköissä.

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 1.3.2025, kun lakiehdotukset muuten ehdotetaan tulevan voimaan vuoden 2026 alusta. Lakiteknisistä syistä näiden muutosten voimaan saaminen jo 1.3.2025 edellyttää terveydenhuoltolain 45 §:n väliaikaista muuttamista aikavälillä 1.3.–31.12.2025.

Tässä väliaikaisesti voimassa olevassa laissa ehdotetaan muutettavaksi koko 45 § lakitekni- sen selkeyden vuoksi.

Voimassa olevan lain 1–3 momenttiin ei ehdoteta tehtävän muutoksia. Täten siis 1. lakiehdotuksessa terveydenhuoltolain 45 §:n 1–3 momenttiin ehdotettavat muutokset tulisivat voimaan vasta 1.1.2026.

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 sijaitsevilla sairaaloissa ja HUS-yhtymän sairaaloissa, 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 1.1.2026 lukien. Tässä väliaikaisesti voimassa olevassa 45 §:n 4 momentissa otettaisiin huomioon tilanne, jos mainituissa sairaaloissa tai jossain niistä lakkaa hyvinvointialueen päätoksella monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys (perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys) jo ennen 1.1.2026. 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 1.1.2026 lähtien näissäkin sairaaloissa. Myös HUS-yhtymän osalta on perusteltua säätää mahdollisuudesta tehdä tässä 4 momentissa tarkoitettua leikkaustoimintaa jo ennen 1.1.2026.

Momentissa säädettäisiin 1. lakiehdotuksen 45 §:n 4 momenttia vastaavasti, että edellytyksenä 4 momentissa tarkoitettun leikkaustoiminnan suorittamiselle nimetyissä sairaaloissa ja HUS-yhtymän sairaaloissa on, että hyvinvointialue ja HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen. 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 voimaanpanolain 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 myös voimassa vuoden 2025 loppuun. Koska yhteistyösopimusta ei ole velvoitetta tehdä ennen kuin väliaikaisesti voimassa oleva laki lakkaa olemasta voimassa, ei väliaikaisessa voimassa olevassa laissa asetettaisi velvoitteita yhteistyösopimusta koskien.

Pykälän 5 momentissa olisi 1. lakiehdotuksen 45 §:n 5 momenttia vastaava säännös siitä, että eräitä anestesioilogoista osaamista edellyttäviä kevyttä nukutusta tai puuduttamista vaativia toimenpiteitä saisi tehdä muissakin kuin pykälän 3 ja 4 momentissa tarkoitetuissa terveydenhuollon toimintayksiköissä.

Pykälän 6 momentissa olisi 1. lakiehdotuksen 45 §:n 6 momenttia vastaavat säännökset yksityiseltä palveluntuottajalta hankittavien palveluiden edellytyksistä. Momentissa ei kuitenkaan olisi säännöksiä yhteistyösopimuksessa sopimiseen liittyen edellä 4 momentin perustelujen kohdalla selostetusta syystä.

Pykälän 7 momentti vastaisi voimassa olevan lain 4 momenttia. Täten siis 1. lakiehdotuksessa tämän momentin sääntelyyn (7 momentti myös 1. lakiehdotuksessa) ehdotettava muutos tulisi voimaan vasta 1.1.2026.

Pykälän 8 momentiksi siirtyisi voimassa oleva pykälän 5 momentti, jossa säädetään asetuksenantovaltuudesta. Asetuksenantovaltuuteen 1. lakiehdotuksessa ehdotettavat muutokset (8 momentti myös 1. lakiehdotuksessa) ehdotetaan säädettäväksi jo tässä väliaikaisesti voimassa olevassa laissa. Näin asetuksenantovaltuuden nojalla voitaisiin antaa säännöksiä 4 ja 5 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä sekä voitaisiin antaa säännöksiä 3 momentissa tarkoitetuista leikkauksista jo 1.3.2025 lähtien.

50 §. Kiireellinen hoito. Pykälän 7 momentissa säädetään asetuksenantovaltuutus säätää erinäisistä asioista valtioneuvoston asetuksella. Väliaikaisesti voimassa olevaan terveydenhuoltolain muuttamista koskevaan lakiin tehtäväksi yksi 1. lakiehdotuksessa asetuksenantovaltuutta koskevaan momenttiin (9 momentti 1. lakiehdotuksessa), eli muutos, jonka mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä, kun voimassa olevan lain valtuudessa säädetään mahdollisuudesta säätää päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä. Täten on oikeudellisesti selvempää, että jo 1.3.2025 lukien voitaisiin säätää myös valtakunnallisesta tai muuten hyvinvointialue- tai yhteistyöaluerajat ylittävästä yhteistyöstä valtioneuvoston asetuksella.

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 säädettäisi laajoista ympärivuorokautisista päivystysyksiköistä ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksistä. Sen sijaan tämän pykälän 1 momentissa säädettäisiin 50 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitetuista päivystysyksiköissä.

Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaansäilyttämisestä

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 2.3.3 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 8 momentti) asetuksenantovaltuutuksia antaa säännöksiä valtioneuvoston asetuksella ehdotetaan muutettaviksi. Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin tyhjentävä lista sellaisesta leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta leikkaustoiminnasta, sekä sellaisista anestesiologista osaamista edellyttävistä kevyttä nukutusta tai puudutusta vaativista 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, joka on myös tämän hallituksen esityksen taustalla. Kevään 2024 kehysriihessä hallitus linjasi työnjaon kehittämiseen liittyvien vähentävän hyvinvointialueiden rahoitusta 25 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lähtien. Asetuksenantovaltuuden täsmäntäminen selkeyttää valtuuden alaan säätää työnjaosta muutenkin kuin vain keskittämisen käsitteen kautta. Terveystoimintolain 45 §:n asetuksenantovaltuuksiin ehdotetaan myös eräitä muita täsmennyksiä (ks. pykälän säännökohtaiset perustelut).

Terveystoimintolain 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 terveystoimintolain ei voi myöntää poikkeuslupaa perusterveydenhuollon tai akuuttitiläketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitoon, sekä eräitä kielellisiä muutoksia (ks. pykälän säännökohtaiset perustelut).

Valtuuksien nojalla tullaan muuttamaan erikoissairaanhoidon keskittämisasetusta (582/2017) sekä päivystysasetusta (583/2017) tai antamaan uudet asetukset.

Säännökset annettaisiin valtioneuvoston asetuksella, jonka arvioidaan olevan asianmukainen säädöstaso, koska kyse on terveystoimintolain käytännön toteuttamiseen merkittävästi liittyvistä seikoista säätämisestä. Toisaalta asetuksella säädettävät asiat olisivat luonteeltaan terveystoimintolain käytännön toimintaa yksityiskohtaisestikin ohjaavia säännöksiä, jolloin ei ole tarkoituksenmukaista säätää ehdotetuista asioista lain tasolla. Ehdotetun muutokset eivät luonteeltaan poikkea terveystoimintolain 45 ja 50 §:ssä jo olevista asetuksenantovaltuuksista. Nämä valtuudet on säädetty perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella (PeVL 63/2016 vp).

Esityksessä ehdotetaan kumottavaksi voimaantuloain 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

Lait ehdotetaan tulevan voimaan 1.1.2026. Terveystoimintolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain ehdotetaan olevan voimassa 1.3.–31.12.2025 ennen sen korvaantumista toistaiseksi voimassa olevilla säännöksillä 1.1.2026 lähtien.

10 Toimeenpano ja seuranta

(täydennetään)

11 Suhde muihin esityksiin

11.1 Esityksen riippuvuus muista esityksistä

Esityksellä ei ole riippuvuuksia muihin syksyllä 2024 eduskunnalle annettaviin hallituksen esityksiin.

11.2 Suhde talousarvioesitykseen

(täydennetään)

12 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

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 terveystaloudelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapaan ja palvelujen saatavuuteen vaikuttavat välillisesti muut perusoikeudet kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltäminen (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 terveystaloudellisten palvelujen 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 mielen terveydestä. 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) kulu- 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 mielen terveydestä. TSS-komitea toteaa, että saatavuus (availability), saavutettavuus (accessibility), hyväksyttävyyden (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. Yleiskommentaarissa nostetaan esille myös erityisesti sukupuoleen, lapsiin ja nuoriin, ikäihmisiin, vammaisiin ihmisiin ja alkuperäiskansoihin liittyviä erityisheitteitä.

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 infrastruktuurin tulee sisältää riittävä määrä sairaaloita, klinikoita ja muita terveydenhuollon toimipisteitä, varmistuen oikeudenmukainen jakauma maansisäisesti. Tämä on komitean mukaan myös eräs artiklaan sisältyvistä ydinvelvoitteista.

Terveyteen liittyviä sopimusmääräyksiä on myös useassa muussa ihmisoikeussopimuksessa. Uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan (SopS 78-80/2002) 11 artiklan 1 luetelmakohdan mukaan sopimuspuolet sitoutuvat varmistamaan, 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.

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 varmistamaan sukupuolisensitiivisten terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden vammaisille henkilöille, terveyteen liittyvä kuntoutus mukaan lukien. Artiklan 2 kohdan mukaan sopimuspuolten tulee muun muassa erityisesti järjestää vammaisille henkilöille samantasoiset, -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.

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. Sopimus-

valtiot 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 taaakse 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. Kaikkinaisten 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, turvaako säännösehdotus sosiaali- ja terveyspalvelut 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). Valiokunta kiinnitti pääministeri Sipilän kaudella ehdotetun valinnanvapausjärjestelmän arviossa huomiota erityisesti palveluiden yhdenvertaiseen toteutumiseen (PeVL 26/2017 vp, s. 33—41). Valiokunnan mielestä ihmisten yhdenvertaisuuden kannalta keskeisintä ehdotetussa 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). Perustuslain esitöihin viitaten perustuslakivaliokunta on todennut, että kiireellinen hoito on merkittävältä osin perustuslain 19 §:n 1 momentissa tarkoitetun välttämättömän huolenpidon alaan kuuluvaa toimintaa (PeVL 41/2010 vp, s.6/I).

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 terveystalouden, 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) 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 jollain paikkakunnalla olevasta sairaalasta lakkaa mahdollisuus ylläpitää päivystystä tai suorittaa tietynlaista erikoissairaanhoidoa, ei sellaisenaan ole yhdenvertaisuuskysymys. Sen sijaan on tarkasteltava, onko väestölle 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.

Perustuslakivaliokunta arvioi lakiehdotuksen, jonka myötä luotiin nykyinen terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momentin mukainen ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen järjestelmä. Tämän uudistuksen myötä osalla sairaanhoitopiirejä, sittemmin hyvinvointialueita, on lakisääteinen velvoite järjestää laajempi ympärivuorokautinen päivystys kuin toisilla. Perustuslakivaliokunta 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 vaatimimpien hoitojen keskittämällä voidaan saavuttaa. Selvityksen perusteella on pääteltävissä, että suuremmilla terveydenhuollon yksiköillä on nykyisiä rakenteita paremmat edellytykset turvata riittävä osaamistaso, parantaa potilasturvallisuutta ja taata harvinaisempien sairauksien hoidon tosiasiallinen saatavuus. Se, että muutos merkitsee palvelujen keskittämistä entistä harvialueisiin ja suurempiin yksiköihin, ei perustuslakivaliokunnan mielestä muodostunut valtiosääntöoikeudellisesti ongelmalliseksi. (PeVL 63/2016 vp, s. 2-3, 5). Päivystyssääntelyä sittemmin muutettiin tavalla, jota perustuslakivaliokunta piti kielioikeuksia parhaiten toteuttavana ratkaisuna jo mainitun hallituksen esityksen käsittelyn yhteydessä (ks. PeVL 63/2016 vp, s.5–6 koskien Vaasan sairaanhoitopiirin oikeutta laajan päivystyksen yksikön ylläpitoon, joka toteutettiin lailla terveydenhuoltolain muuttamisesta 1214/2019, HE 38/2019 vp).

Esityksen myötä mahdollisuus ylläpitää monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä (voimassa olevan lain mukaan siis perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ympärivuorokautista yhteispäivystystä) käytännössä lakkaisi viidellä 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 hyvinvointialueille 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 erillsääntelyä olisi voinut ylläpitää kummassakin kahta ympärivuorokautista yhteispäivystystä. Voimaannpanolaissa säädettiin 59 §, jossa näille hyvinvointialueille säädettiin mahdollisuus ylläpitää enempää kuin yhtä tällaista päivystystä vuoden 2032 loppuun eli 10 vuoden ajaksi. Perustuslakivaliokunta ei sosiaali- ja terveydenhuollon 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 yhteispäivystyksikköä säädettiin toistaiseksi voimassa olevaksi, ja säädettiin alueille myönnettävästä erilliskorvauksesta, perustuslakivaliokunta käsittelee asiaa erilliskorvauksen osalta ja rahoitukseen liittyvänä yhdenvertaisuuskysymyksenä. Valiokunta ei erikseen lausunut esimerkiksi siitä, minkä laajuinen ympärivuorokautinen päivystys 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 ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämistä rajattaisiin siten, että tällaista päivystystä olisi mahdollisuus ylläpitää vain laissa säädettyillä paikkakunnilla.

Sääntelyä arvioitaessa on merkityksellistä, että niissä paikkakunnilla, jossa nyt järjestetään päivystystä, mutta joissa lakimuutoksen myötä ei voisi järjestää päivystystä, ei päivystyksen järjestäminen tälläkään hetkellä ole velvoite, vaan mahdollisuus. Länsi-Pohjan (Kemi), Savonlinnan, Oulaisten, Salon ja Valkeakosken sairaaloiden osalta laissa säädetään mahdollisuus ylläpitää ympärivuorokautista yhteispäivystystä, ja perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystyksen osalta toiminnan ylläpidon mahdollistaa sosiaali- ja terveysministeriön myöntämä poikkeuslupa, joka ministeriöllä on jo siis nyt toimivalta myös evätä. Laissa ei säädetä tällä hetkellä, missä paikkakunnilla päivystystä on järjestettävä, vaan säädetään hyvinvointialueen veloitteesta 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 keskussairaaloita (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 pääsairaaloita. Länsi-Pohjan ja Savonlinnan sairaaloihin jäisi myös mahdollisuus ylläpitää perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen ympärivuorokautisen päivystystä.

HUS-yhtymällä olisi jatkossakin oikeus ylläpitää useampaa kuin yhtä monierikoisalaista ympärivuorokautisesti päivystävää yksikköä päivystävien yksiköiden määrää lainsäädännössä rajoittamatta. Lisäksi jatkossa HUS-yhtymä voisi ylläpitää perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä Raaseporissa. Tilanne käytännössä vastaa nykytilaa, joskaan HUS-yhtymälläkään ei olisi mahdollisuutta ylläpitää perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä muilla paikkakunnilla kuin Raaseporissa.

Perustuslakivaliokunta arvioi Uudenmaan järjestämistä 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 järjestämistä koskevaan 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 muita hyvinvointialueita enemmän päätösvaltaa palveluverkkonsa määrittelyssä.

Esityksen keskeisenä tavoitteena on vahvistaa kansallista erikoissairaanhoidon sairaaloiden ja ympärivuorokautisten päivystysten palveluverkkoa. Esityksellä pyritään erityisesti turvaamaan henkilöstön ja erityisosaamisen riittävyttä eri sairaaloihin ja muihin palveluihin keskittämällä vaativinta, henkilöresurssiriippuvaista ja varallaoloa edellyttävää toimintaa yliopistollisiin sairaaloihin ja keskussairaaloihin. Perustuslakivaliokunta on katsonut, että terveydenhuollon järjestäjien toimintaedellytysten turvaaminen, riittävien voimavarojen osoittaminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin huolehtimalla muun muassa terveydenhuollon henkilöstön riittävydestä 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 lausuntonsa hallituksen esityksistä, joiden sisältämien ehdotusten seurauksena sääntelyn toteutettavuus voi olla haastavaa henkilöresurssien niukuuden 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 siirryy uuden veloitteen mukaisen toiminnan piiriin (henkilöstömitoitukset, hoitotakuusäntely). 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 henkilöstöön liittyvistä syistä palvelujärjestelmän toimivuudessa havaitaan ongelmia.

Hallituksen käsityksen väestölle jatkossakin on tarjolla riittävät kiireellisen hoidon ja erikoissairaanhoidon terveydenhuollon palvelut perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momentin edellyttämällä

tavalla. Hallituksen käsityksen mukaan henkilöstön riittävyteen ja palvelujärjestelmän toimivuuden varmistamiseen liittyvät seikat puoltavat sitä, että päivystystä koskevaa palveluverkkoa voidaan myös supistaa ja palveluita koota isompiin yksiköihin. Joidenkin potilaiden osalta saatavuus ympärivuorokautisesti päivystävään yksikköön pitenee. On kuitenkin huomattava, että saatavuus on vain eräs TSS-komitean erittelemä terveysoikeuksien osa-alue, ja hallituilla muutoksilla palvelujärjestelmään voidaan tukea hoidon saatavuutta ja laatua. Hallituksen käsityksen mukaan esityksen vaikutukset (ks. luku 4) ovat kokonaisuutena niin toiminnallisesti kuin rahoituksen osalta maltillisia.

Perustuslakivaliokunta totesi edellistä päivystysuudista arvioidessaan, ehdotetun uudistuksen toteuttamistapaa on syytä tarkastella myös muiden perustuslain säännösten kuin sosiaalisten perusoikeuksien valossa, viitaten esimerkiksi perustuslain 17 §:ssä turvattuihin kielioikeuksiin (PeVL 63/2016 vp, 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 säädettyssä laajuudessa (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 tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautinen päivystys) ylläpitää päivystystä alueilla, jossa valtaosa väestöstä on ruotsinkielisiä. Kielioikeuksien toteutumisen turvaamiseksi laissa säädettäisiin, että Pietarsaareissa ja Raaseporissa on mahdollisuus ylläpitää perusterveydenhuollon tai akuut-

tilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä. Ivalossa, joka sijaitsee saamelaisten kotiseutu-alueella, olisi edelleen mahdollisuus ylläpitää perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen ympärivuorokautista päivystystä.

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 perustuslakivaliokunnan mukaan 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 ehdotetun 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).

Hallituksen käsityksen mukaan ehdotukset ovat perustuslain mukaisia. Hallituksen käsityksen mukaan lakiehdotukset voidaan säätää tavallisen lain säätämisyksessä.

Ponsi

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi 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 päivystysyksiköihin. 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 ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa ja HUS-yhtymän sairaaloissa, jos hyvinvointialue ja HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen, ja 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.

Sellaisia anestesialogista osaamista edellyttäviä kevyttä nukutusta tai puudutusta vaativia toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa tavanomaisessa terveydenhuollon toimintilassa ilman erityislaitteita 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 palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen 50 §:n 3 tai 4 momentissa tarkoitettun yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys. Hyvinvointialue, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä saa lisäksi hankkia edellä 4 ja 5 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä myös muulta palveluntuottajalta toiminnalle säädettyjen edellytysten täytyessä. Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän on sovittava yhteistyösopimuksessa periaatteista, joiden mukaisesti hyvinvointialue tai HUS-yhtymä voi hankkia leikkaustoimintaa ja muita 3 ja 4 momentissa tarkoitettuja toimenpiteitä yksityisiltä palveluntuottajilta.

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.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän ja niiden sairaaloiden työnjaosta, keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta, 4 ja 5 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä sekä voidaan säätää hoitoa antavista yksiköistä, 3 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 päihteiden käytöstä johtuvaa välitöntä vieroitushoidon tarvetta. 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 päivääkainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta terveydenhuollon toimintayksikössä silloin, kun väestön palvelutarve ja palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää. Tällainen kiireellinen vastaanotto toiminta 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 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 ympärivuorokautinen päivystys, jossa on tarvittavien erikoisalojen riittävä osaaminen ja valmius väestön tavanomaisten kiireellisten terveysongelmien hoitamiseksi. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:ssä tarkoitettussa yhteistyösopimuksessa voidaan sopia myös 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 tai akuuttilääketieteen päivystystä saa ylläpitää Lapin hyvinvointialue Ivalossa ja Kemissä, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Kuusamossa ja Etelä-Savon hyvinvointialue Savonlinnassa, jos palveluiden saavutettavuus sitä edellyttää eikä väestön tarvitsemia kiireellisen hoidon palveluita voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun ja muiden päivystysyksiköiden avulla sekä Pohjanmaan hyvinvointialue Pietarsaareissa ja HUS-yhtymä Raaseporissa, jos ylläpito tukee kielioikeuksien toteutumista.

Ympärivuorokautista väestölle avointa terveydenhuollon päivystystä saa järjestää ainoastaan edellä 3–6 momentissa tarkoitetuilla paikkakunnilla sijaitsevissa sairaaloissa tai terveydenhuollon toimintayksiköissä. Muissakin sairaaloissa ja terveydenhuollon toimintayksiköissä saa kuitenkin ylläpitää kyseisen sairaalan tai terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastoilla jo olevien potilaiden potilasturvallisen toiminnan kannalta tarpeellista ympärivuorokautista päivystystä. Synnytyksiä saa hoitaa ainoastaan 3-5 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa edellyttäen, että synnytyksien hoitamista koskevat muut säädetty edellytykset täyttyvät.

Päivystävissä yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu, vaikuttavuus ja potilasturvallisuus toteutuvat. Yhteistyösopimuksessa on päivystyksestä sovittaessa 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.

Päivystyksen järjestämisen erikoisalakohteisista 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 antamisen perusteista sekä kiireellisen vastaanotto toiminnan ja ympärivuorokautisesti päivystävän yksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, synnytystä koskevan poikkeusluvan poikkeuslupien myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

50 a §

Terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö

Kiireellisessä tilanteessa terveydenhuollon ammattihenkilön on otettava yhteyttä sosiaali-päivystykseen. Edellä 50 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitetuissa päivystysyksiköissä sosiaali-päivystystä on toteutettava terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

2.

Laki

terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 § ja 50 §:n 7 momentti väliaikaisesti, sellaisena kuin niistä 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 erikoissairaanhoido 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 erikoissairaanhoido kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidoa 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.

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 ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloissa ja HUS-yhtymän sairaaloissa, vaikka niissä ei ylläpidetä ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jos hyvinvointialue ja HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen. Leikkaustoiminnan ylläpitäminen näissä sairaaloissa ei saa vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloissa tai keskussairaaloissa taikka hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista.

Sellaisia anestesialogista osaamista edellyttäviä kevyttä nukutusta tai puudutusta vaativia toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa tavanomaisessa terveydenhuollon toimintatilassa ilman erityislaitteita 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 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 saa lisäksi hankkia edellä 4 ja 5 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä myös muulta palveluntuottajalta toiminnalle säädettyjen edellytysten täytyessä.

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.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän ja niiden sairaaloiden työnjaosta, keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta, 4 ja 5 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä sekä voidaan säätää hoitoa antavista yksiköistä, 3 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 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 välisestä yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2025 ja se on voimassa 31 päivään joulukuuta 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 päivystyksikön 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.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Helsingissä x.x.20xx

Pääministeri

Etunimi Sukunimi

..ministeri Etunimi Sukunimi

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 erikoissairaanhoido 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 erikoissairaanhoido kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidoa kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin. Valtioneuvoston

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 *päivystysyksiköihin.* Valtioneuvoston asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

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 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 ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloilla ja HUS-yhtymän sairaaloilla, vaikka niissä ei ylläpidetä ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jos hyvinvointialue ja HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen. Leikkaustoiminnan ylläpitäminen näissä sairaaloilla ei saa vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloissa tai keskussairaaloissa taikka hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista.

Sellaisia anestesiologista osaamista edellyttäviä kevyttä nukutusta tai puudutusta vaativia toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa tavanomaisessa terveydenhuollon toimitilassa ilman erityislaitteita 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 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 saa lisäksi hankkia edellä 4 ja 5 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä myös

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 säädetyssä 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 täytyä 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 vaikeu-

muulta palveluntuottajalta toiminnalle säädettyjen edellytysten täytyessä. Hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän on sovittava yhteistyösopimuksessa periaatteista, joiden mukaisesti hyvinvointialue tai HUS-yhtymä voi hankkia leikkaustoimintaa ja muita 3 ja 4 momentissa tarkoitettuja toimenpiteitä yksityisiltä palveluntuottajilta.

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.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta *hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän ja niiden* sairaaloiden työnjaosta, keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta, *4 ja 5 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä* sekä voidaan säätää hoitoa antavista yksiköistä, *3 momentissa tarkoitettusta 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 vaikeu-

tumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vammaan vaikeutumista. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan myös päihteiden käytöstä johtuvaa välitöntä vieroitushoidon tarvetta.

Kiireellisen hoidon antamista varten hyvinvointialueen on järjestettävä vastaanotto toiminta 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 vastaanotto toiminta 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 keskus-sairaalsaan yhteyteen. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköllä tarkoitetaan 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. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikön tulee tu-

tumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vammaan vaikeutumista. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan myös päihteiden käytöstä johtuvaa välitöntä vieroitushoidon tarvetta. *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 vastaanotto toiminta terveydenhuollon toimintayksikössä silloin, kun väestön palvelutarve ja palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää. Tällainen kiireellinen vastaanotto toiminta 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 keskussairaalsaan on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys, joka pystyy tarjoamaan laajasti palveluita usealla lääketie-

kea 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 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.

teen 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 keskussairaalaan 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 myös 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 tai akuuttilääketieteen päivystystä saa ylläpitää Lapin hyvinvointialue Ivalossa ja Kemissä, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Kuusamossa ja Etelä-Savon hyvinvointialue Savonlinnassa, jos palveluiden saavutettavuus sitä edellyttää eikä väestön tarvitsemia kiireellisen hoidon palveluita voida riittävästi turvata ensihoitopalvelun ja muiden päivystysyksiköiden avulla sekä Pohjanmaan hyvinvointialue Pietarsaaressa ja HUS-yhtymä Raaseporissa, jos ylläpito tukee kielioikeuksien toteutumista.

Ympärivuorokautista väestölle avointa terveydenhuollon päivystystä saa järjestää ainoastaan edellä 3–6 momentissa tarkoitetuilla

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 erikoisalakohteisista 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 vastaanotto toiminnan, 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.

paikkakunnilla sijaitsevista sairaaloissa tai terveydenhuollon toimintayksiköissä. Muissakin sairaaloissa ja terveydenhuollon toimintayksiköissä saa kuitenkin ylläpitää kyseisen sairaalan tai terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastoilla jo olevien potilaiden potilasturvallisen toiminnan kannalta tarpeellista ympärivuorokautista päivystystä. Synnytystä saa hoitaa ainoastaan 3–5 momentissa tarkoitetuissa sairaaloissa edellyttäen, että synnytyksien hoitamista koskevat muut säädetty edellytykset täyttyvät.

Päivystävissä yksiköissä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu, vaikuttavuus ja potilasturvallisuus toteutuvat. Yhteistyösopimuksessa on päivystyksestä sovittaessa 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.

Päivystyksen järjestämisen erikoisalakohteisista 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 antamisen perusteista sekä kiireellisen vastaanotto toiminnan ja ympärivuorokautisesti päivystävän yksikön tehtävistä ja laatuvaatimuksista, synnytystä koskevan poikkeuslupan myöntämisen tarkemmista edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Voimassa oleva laki

Ehdotus

50 a §

50 a §

Terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteistyö

Terveydenhuollon 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.

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 .

2.

Laki

terveydenhuoltolain 45 ja 50 §:n väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti muutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 § ja 50 §:n 7 momentti väliaikaisesti, sellaisena kuin niistä ovat 45 § laeissa 1516/2016 ja 581/2022 sekä 50 §:n 7 momentti laissa 1516/2016, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

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 hoito 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 hoito kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidon hoitoa kootaan 50 §:n 3 momentissa tarkoitettuihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköihin. Valtioneuvoston asetuksella voidaan toiminnan yhteen sovittamista varten nimetä ja valtuuttaa alueellisia toimijoita.

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 hoito 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 hoito kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidon hoitoa 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 kokonaisuudessaan 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 erikoisalujen leikkaustoiminnasta voidaan suorittaa myös hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevissa sairaaloissa ja HUS-yhtymän sairaaloissa, vaikka niissä ei ylläpidetä ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, jos hyvinvointialue ja HUS-yhtymä varmistaa osaamisen, laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen. Leikkaustoiminnan ylläpitäminen näissä sairaaloissa ei saa vaarantaa henkilöstön riittävyyttä yliopistollisissa sairaaloissa tai keskussairaaloissa taikka hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän taloudellista kantokykyä tai muuten järjestämisvastuun toteutumista.

Sellaisia anestesiologista osaamista edellyttäviä kevyttä nukutusta tai puudutusta vaativia toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa tavanomaisessa terveydenhuollon toimitilassa ilman erityislaitteita 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 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 saa lisäksi hankkia edellä 4 ja 5 momentissa tarkoitettuja leikkauksia ja toimenpiteitä myös muulta palveluntuottajalta toiminnalle säädettyjen edellytysten täytyessä.

Hyvinvointialueiden, joissa on yliopistollinen sairaala, sekä HUS-yhtymän on sovittava

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 säädetyssä 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 täytyä 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

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 säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän ja niiden sairaaloiden työnjaosta, keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta, *4 ja 5 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä* sekä voidaan säätää hoitoa antavista yksiköistä, *3 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 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

Voimassa oleva laki

edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden alueellisesta yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Ehdotus

edellytyksistä sekä päivystysyksiköiden välisestä yhteistyöstä voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2025 ja se on voimassa 31 päivään joulukuuta 2025.

LUONNOS

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 tarkoitettua laajan ympärivuorokautista päivystysyksikön yhteydessä ja 4 momentissa tarkoitettua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen yhteydessä. Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä vastaavat ne hyvinvointialueet, joiden alueella tässä momentissa tarkoitettua terveydenhuollon toimintayksiköt sijaitsevat.

Sosiaalipäivystystä on järjestettävä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momentissa tarkoitettua päivystysyksikön yhteydessä. Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä vastaavat ne hyvinvointialueet, joiden alueella tässä momentissa tarkoitettua terveydenhuollon toimintayksiköt sijaitsevat.

Tämä laki tulee voimaan _____ päivänä _____ kuuta
20 _____ .