



Eduskunta

Hallintovaliokunta

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi (HE 149/2024 vp)

-sosiaali- ja terveysministeriön lausunto

Eduskunnan hallintovaliokunta on pyytänyt sosiaali- ja terveysministeriöltä lausunnon hallituksen esityksestä HE 149/2024 vp. Sosiaali- ja terveysministeriö lausuu kunnioittavasti seuraavaa.

1 Esityksen keskeinen sisältö

Voimassa oleva lainsäädäntö

Kiireellinen hoito ja päivystys

Sairaaloiden tehtäviä sääntelee keskeisesti terveydenhuoltolain (1326/2010) 50 §:n sääntely, joka määrittää kiireellisen hoidon järjestämistä ja ympärivuorokautista päivystystä.

Terveydenhuoltolain 50 §:n 1 momentin mukaan kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyden hoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta.

Pykälän 2 momentin mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä terveydenhuollon ilta-ajan ja viikonlopun päiväaikainen perusterveydenhuollon kiireellinen vastaanotto toiminta silloin, kun palvelujen saavutettavuus sitä edellyttää.

Terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa säädetään velvoite järjestää laaja ympärivuorokautinen päivystys tietyille hyvinvointialueille. **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.**

Velvoite järjestää on seuraavilla hyvinvointialueilla (suluissa mainittu, missä päivystys käytännössä on): HUS-yhtymä (Helsingin yliopistollinen keskussairaala HYKS), Varsinais-Suomi (Turun yliopistollinen keskussairaala TYKS), Satakunta (Satakunnan keskussairaala, Pori), Pirkanmaa (Tampereen yliopistollinen sairaala TAYS), Päijät-Häme (Päijät-Hämeen keskussairaala, Lahti), Etelä-Karjala (Etelä-Karjalan keskussairaala, Lappeenranta), Pohjois-Karjala (Pohjois-Karjalan keskussairaala, Joensuu), Pohjois-Savo (Kuopion yliopistollinen sairaala KYS), Keski-Suomi (Keski-Suomen Keskussairaala Sairaala Nova, Jyväskylä), Pohjanmaa (Vaasan keskussairaala), Etelä-Pohjanmaa (Seinäjoen keskussairaala), Pohjois-Pohjanmaa (Oulun yliopistollinen sairaala OYS) ja Lappi (Lapin keskussairaala, Rovaniemi; lisäksi voimanpanolain 59 §:n erityissäännöksen nojalla 50 §:n 4 momentin mukaista muuta ympärivuorokautista päivystystä järjestetään Mehiläinen Länsi-Pohja Oy:n tuottamana Länsi-Pohjan keskussairaalassa Kemissä).

Näistä laajaa yhteispäivystystä järjestävästä sairaalasta viisi on **yliopistollisia sairaaloita** (HYKS, TYKS, TAYS, OYS JA KYS), joissa järjestetään laajimmin erikoissairaanhoidon palveluita. Niiden pääasiallisia



tehtäviä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 34 a §:n 1 mukaan perustason, vaativan tason ja erityistason erikoissairaanhoidon sekä yliopistollisessa sairaalassa toteutettava koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta sekä muut niille säädetty tehtävät.

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

Terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momentin sääntely tarkoittaa, vaikkei se säännösten sanamuodoista suoraan esiin käykään, että ainoastaan 3 momentissa säädetty hyvinvointialueet saavat ylläpitää laajaa ympärivuorokautista yhteispäivystystä, ja että 3 ja 4 momentin sääntelyn perusteella ympärivuorokautisesti päivystäviä keskussairaaloita voi lähtökohtaisesti olla vain yksi hyvinvointialuetta kohden. Terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentin mukaan kuitenkin **hyvinvointialueet, joissa on yliopistollinen sairaala, sekä HUS-yhtymä voivat väestön palvelutarpeen niin edellyttäessä perustaa useamman kuin yhden ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystyksikön sairaaloidensa yhteyteen**. Helsingin yliopistollisella keskussairaalalla on sairaaloita Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. HUS-yhtymä lisäksi ylläpitää edellä kuvatun säännöksen nojalla päivystystä Hyvinkäällä, Lohjalla ja Porvoossa. Päivystystä lisäksi ylläpitää Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Oulaisissa ja Varsinais-Suomen hyvinvointialue Salossa. Pirkanmaan hyvinvointialue ylläpiti aiemmin ympärivuorokautista yhteispäivystystä Valkeakoskella, mutta hyvinvointialueen päätöksellä 1.6.2024 lukien yöaikainen päivystys päättyi ja päivystys toimii nyt kello 8–22. 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.

Hyvinvointialueiden rajat eivät täysin vastaa aiempien sairaanhoitopiirien rajoja. Lapin hyvinvointialue koostuu aiemmista Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien alueista, ja Etelä-Savon hyvinvointialue koostuu aiemmista Etelä-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien alueista, joilla kaikilla on ollut oma keskussairaalsensa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistuksen yhteydessä ei haluttu muuttaa päivystävien sairaaloiden työnjakoa lyhyellä aikavälillä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaansaattamisesta annetussa laissa (616/2021, *voimaansaattolaki*) on säännös (59 §), jonka mukaan sen estämättä, mitä terveydenhuoltolain 50 §:n 3 ja 4 momenteissa säädetään, 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. Lisäksi valtion varoista voidaan maksaa erilliskorvaus hyvinvointialueelle niistä ylimääräisistä kustannuksista, joita aiheutuu



hyvinvointialueelle kahden ympärivuorokautisen yhteispäivystysyksikön ylläpidosta (laki 429/2023; HE 319/2022 vp, HE 328/2022 vp).

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. Voimassa olevat luvat on myönnetty Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueelle (Raahe ja Kuusamo 31.12.2024 saakka), Lapin hyvinvointialueelle (Ivalo 31.12.2024 saakka), Kymenlaakson hyvinvointialueelle (Kouvola 31.12.2024 saakka), Pohjanmaan hyvinvointialueelle (Pietarsaari 31.12.2025 saakka), Pohjois-Savon hyvinvointialueelle (Varkaus ja Iisalmi 31.12.2025 saakka), Keski-Suomen hyvinvointialueelle (Jämsä 31.8.2025 saakka; alueen ei ole tarkoitus tämän jälkeen ylläpitää sairaalassa yöpäivystystä) sekä HUS-yhtymälle (Raasepori 31.12.2024 saakka). Alueellisten päätösten perusteella 2.9.2024 alkaen Raaseporissa ei ole enää ympärivuorokautista päivystystä, vaan sairaalassa toimii kiirevastaanotto klo 8-20. Raahan ympärivuorokautinen päivystys lakkaa hyvinvointialueen päätöksen myötä vuoden 2025 alusta ja korvautuu kello 22 saakka toimivalla vastaanotolla.

Päivystyksen järjestämisestä säädetään tarkemmin kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annetussa valtioneuvoston asetuksessa (583/2017, *päivystysasetus*). Asetuksen 18 §:ssä säädetään synnytystoiminnan edellytyksistä. Hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän on huolehdittava, että synnytyksiä hoitavassa ympärivuorokautisesti päivystävässä sairaalassa hoidetaan vähintään noin 1 000 synnytystä vuodessa, mutta määrän alittamiseksi voi hakea sosiaali- ja terveysministeriöltä poikkeuslupaa. Sääntelyn mukaan synnytyksiä hoitavassa sairaalassa on oltava muun muassa välitön valmius ympärivuorokautiseen leikkaushoitoon ja leikkauksen jälkeiseen seurantaan.

Leikkaustoimintaa ja erikoissairaanhoidon keskittämistä koskeva sääntely

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.

Terveydenhuoltolain 45 §:n 3 momentin mukaan leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys. Kyseistä säännöstä tulkitaan siten, että samat edellytykset koskevat myös hyvinvointialuetta sen hankkiessa palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Koska valtaosalla yksityisiä palveluntuottajia ei ole tällaista päivystystä, rajaa tämä mahdollisuuksia hankkia leikkaustoimintaa. Hyvinvointialueiden omistamat Tekonivelsairaala Coxa Oy:n ja Tays Sydänkeskus Oy:n (Sydänsairaala) kuitenkin tekevät tällaista leikkaustoimintaa. Ne sijaitsevat Tampereella käytännössä yliopistollisen sairaalan kampusalueella. Sydänsairaala lisäksi toimii Kanta-Hämeen keskussairaalassa Hämeenlinnassa ja Keski-Suomen Sairaala Novassa Jyväskylässä.

Terveydenhuoltolain 45 §:n nojalla annetussa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetussa valtioneuvoston asetuksessa (582/2017, *erikoissairaanhoidon keskittämisasetus*) säädetään HUS-yhtymälle ja tietyille hyvinvointialueille valtakunnallisen sekä alueellisen kokonaisuuden suunnittelun ja yhteensovittamisen tehtäviä ja valtakunnallisesta työnjaosta ja keskittämisestä. Lisäksi asetuksessa asetetaan leikkauskohtaisia lukumääriä rajoja sille, missä sairaaloissa tiettyjä leikkauksia voidaan tehdä, ja millä perusteella sairaalakohtainen lukumäärä voidaan alittaa.



Keskeiset muutosehdotukset

Kiireellinen hoito ja päivystys

Esityksessä ehdotetaan, että jatkossa kullakin hyvinvointialueella olisi yksi yliopistollinen sairaala tai keskussairaala, jossa ylläpidetään väestölle avointa ja sairaalan toiminnan varmistavaa monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Uudellamaalla HUS-yhtymä voisi päätöksensä perusteella ylläpitää tällaisia sairaaloita useammalla kuin yhdellä paikkakunnalla suuren väestöpohjan takia. Termillä monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys korvattaisiin laissa nyt oleva termi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen yhteispäivystys.

Monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä ja tällaista päivystystä edellyttävää leikkaustoimintaa ei voisi jatkossa järjestää hyvinvointialueiden Kemissä, Savonlinnassa, Oulaisissa, Salossa ja Valkeakoskella sijaitsevilla sairaaloilla. Koska Länsi-Pohjan sairaalassa Kemissä ei olisi jatkossa synnytystoiminnan edellytyksenä olevaa monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä ja ympärivuorokautista leikkaussalivalmiutta, siellä ei voisi järjestää jatkossa synnytystoimintaa. Voimaan jäisi nykyinen sääntely, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää poikkeuslupan siihen, että synnytysten vuosittainen määrä alittaa noin tuhannen synnytyksen rajan. Voimaanpanolain Etelä-Savon ja Lapin hyvinvointialueiden yhteispäivystystä koskeva erillissääntely kumottaisiin.

Laissa säädettäisiin, millä paikkakunnilla on mahdollista ylläpitää väestölle avointa ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä. Näitä paikkakuntia olisivat Ivalo, Kuusamo, Kouvola, Pietarsaari ja Raasepori. Kemissä ja Savonlinnassa saisi ylläpitää väestölle avointa ympärivuorokautista perusterveydenhuollon päivystystä tai vaihtoehtoisesti sellaista rajattua erikoissairaanhoidon päivystystä, joka tukee sairaalan ja sen erikoissairaanhoidon vuodeosastojen toimintaa ja alueen hoitoketjuja, mutta ei kuitenkaan ole monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys (ns. rajattu erikoissairaanhoidon päivystys). Laissa ei jatkossa enää säädettäisi sosiaali- ja terveysministeriön mahdollisuudesta myöntää poikkeuslupa perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksen ylläpitoon. Päivystyksen ylläpito perustuisi alueelliseen päätökseen, mutta koskisi siis vain niitä paikkakuntia, joiden osalta laissa ylläpito on säädetty lähtökohtaisesti mahdolliseksi. Perusterveydenhuollon yöaikainen päivystys päättyisi nykyisissä tällaisissa päivystyksissä lisäalassa, Jämsässä, Raahessa ja Varkaudessa. Sääntelyssä luovuttaisiin käsitteestä akuuttilääketieteen päivystys. Ympärivuorokautista väestölle avointa päivystystä ei voisi myöskään järjestää Oulaisten, Salon ja Valkeakosken sairaaloissa.

Kaikilla hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla olisi edelleen velvoite tietyin 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. Sairaaloissa ja muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä voisi siis edelleen ylläpitää väestölle avointa päivystystä tai kiirevastaanottoa klo 7–22 välillä hyvinvointialueen päätöksen mukaisesti. Kaikissa sairaaloissa saisi myös ylläpitää vuodeosastoilla jo olevien potilaiden potilasturvallisen hoidon kannalta tarpeellista ympärivuorokautista lääkäripäivystystä.

Kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnin sääntelyä selkeytettäisiin.

Leikkaustoimintaa ja erikoissairaanhoidon keskittämistä koskeva sääntely

Esityksessä ehdotetaan lievennettäväksi terveydenhuoltolain 45 §:n 3 momentissa säädettyä leikkaustoimintaa koskevaa edellytystä. Sen mukaan leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on monierikoisalainen



ympäri vuorokautinen päivystys (ympäri vuorokautinen yhteispäivystys). Osaa leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa edellyttävästä päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta voisi jatkossa suorittaa myös nimetyissä sairaaloissa, joissa ei ole monierikoisalaista ympäri vuorokautista päivystystä. Näitä olisivat hyvinvointialueiden Kemissä, Oulaisissa, Salossa, Savonlinnassa ja Valkeakoskella sijaitsevat sairaalat ja HUS-yhtymän sairaalat. Näissä sairaaloissa voisi 30.6.2028 jatkuvan siirtymäkauden ajan myös suorittaa väliaikaisesti päiväkirurgiana toteutettavia polven ja lonkan primaareja tekonivelleikkauksia, jos hoitoon pääsyn enimmäisaika (ns. hoitotakuu, 6 kk) on vaarassa jäädä toteutumatta eikä hyvinvointialue tai HUS-yhtymä pysty hankkimaan riittävästi näitä leikkauksia muilta hyvinvointialueilta. Leikkaustoiminnan suorittamisen edellytyksenä näissä sairaaloissa olisi, että toiminnan laatua ja resursseja koskevat edellytykset täyttyvät.

Lisäksi laissa säädettyjen edellytysten täytyessä muussakin terveydenhuollon toimintayksikössä voisi suorittaa sellaisia anestesilogista osaamista edellyttäviä nukutusta tai puudutusta vaativia kevyitä toimenpiteitä, jotka voidaan potilasturvallisesti toteuttaa muussakin toimitilassa kuin leikkaussalissa ja jotka edellyttävät vain lyhytaikaista potilaan jälkiseurantaa. Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin tarkemmin tällaisista päiväkirurgisista ja lyhytjälkihoitoisista leikkauksista ja nukutusta tai puudutusta vaativista kevyistä toimenpiteistä.

Laissa selkeytettäisiin sääntelyä siitä, millä edellytyksin leikkauksia ja muita edellä tarkoitettuja toimenpiteitä voisi hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta. Leikkaustoimintaa, joka edellyttää sairaalassa ylläpidettävän ympäri vuorokautista leikkaussalivalmiutta (ns. raskasta kirurgiaa) saisi hankkia vain sellaiselta palveluntuottajalta, jonka sairaala on julkisen yliopistollisen sairaalan tai keskussairaalan välittömässä läheisyydessä ja jolla on kyseiseen sairaalaan erottamaton toiminnallinen yhteys. Tällaisia yhtiöitä ovat tällä hetkellä Tekonivelsairaala Coxa Oy ja Tays Sydänkeskus Oy (Sydänsairaala), mutta muitakin yrityksiä on mahdollista perustaa. Osaa päiväkirurgiasta ja lyhytjälkihoitoisesta eri erikoisalojen leikkaustoiminnasta sekä anestesiaa edellyttäviä kevyitä toimenpiteitä voisi hankkia muiltakin yksityisiltä palveluntuottajilta. Päiväkirurgiana toteutettavia lonkan ja polven primaareja tekonivelleikkauksia saisi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta, jos hoitotakuu on vaarassa jäädä toteutumatta. Yksityiseltä tehtävien hankintojen edellytyksenä olisi potilasturvallisuutta ja laatua koskevien edellytysten täyttyminen.

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

2 Esityksen tausta ja tavoitteet

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



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 prosenttia. Lähes kaikkien hyvinvointialueiden ensimmäisen toimintavuoden 2023 tulokset muodostuivat merkittävän alijäämäisiksi. Hyvinvointialueiden rahoituskehityksen on ennakoitu jatkuvan erittäin tiukkana tulevina vuosina.

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

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

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

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

3 Hallintovaliokunnan toimialan kannalta erityisen keskeiset kokonaisuudet

Alueellinen itsehallinto

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 4 §:n 1 momentin mukaan hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Asiakkaan yksilöllisestä palvelutarpeesta ja hoidon tarpeen arvioinnista säädetään erikseen. 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. Lain 9 §:n 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä voidaan koota suurempiin kokonaisuuksiin yhden tai useamman hyvinvointialueen järjestettäväksi, jos se on välttämätöntä palvelujen tai muiden toimenpiteiden saatavuuden, laadun tai asiakkaiden oikeuksien varmistamiseksi tehtävän vaativuuden, harvinaisuuden tai siitä aiheutuvien suurten kustannusten vuoksi. Suurempiin kokonaisuuksiin koottavista tehtävistä ja niihin liittyvästä työnjaosta säädetään erikseen. Lainkohdan perustelujen mukaan ”Terveydenhuollon keskitettävistä palveluista säädetään nykyisin terveydenhuoltolaissa ja sen nojalla annetuissa asetuksissa. Terveydenhuoltolain 45 §:ssä ja sen nojalla annetuissa asetuksissa säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien, kuten leikkaustoiminnan keskittämisestä. [...] Terveydenhuoltolain 50 §:ssä ja sen nojalla annetuissa asetuksissa säädetään kiireellisen hoidon ja päivystyksen keskittämisestä, kuten laajasta ympärivuorokautisesta päivystyksestä. [...] Terveydenhuoltolain nojalla annetuissa asetuksissa



säädettäisiin jatkossakin tarkemmin keskitettävistä terveydenhuollon palveluista sekä niistä hyvinvointialueista, jotka veloitetaan tuottamaan nämä palvelut.” (HE 241/2020 vp, s. 675). Esityksellä siis toteutettaisiin järjestämislaissakin säädettyä keskittämistä ja työnjakoa.

Esityksessä säädettäisiin lainsäädännöllä voimakkaasti ohjaten päivystävistä sairaaloista. Päivystyksestä ja erikoissairaanhoidon työnjaosta säädetään jo voimassa olevassa laissa suhteellisen yksityiskohtaisesti ja siten osittain hyvinvointialueiden omaa päätöksentekoa rajoittavasti. Monierikoisalaista ympärivuorokautista yhteispäivystystä koskevat sääntelyehdotukset vähentävät jossain määrin hyvinvointialueiden mahdollisuuksia tehdä päätöksiä ympärivuorokautista päivystystä koskevasta päivystysverkosta. Jo voimassa olevassa laissa on säädetty melko yksityiskohtaisesti tällaisen päivystyksen ylläpidosta. Vain eräät laissa erikseen säädettyt hyvinvointialueet voivat ylläpitää enempää kuin yhtä tällaista päivystysyksikköä. Hyvinvointialueilla, joissa on yliopistollinen sairaala, ei voisi enää ylläpitää tai perustaa useampaa kuin yhtä ympärivuorokautisesti päivystävää yksikköä, kuten ei myöskään Lapissa tai Etelä-Savon hyvinvointialueella. HUS-yhtymä edelleen kuitenkin saisi ylläpitää päätöksensä mukaista monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen verkostoa. Perusterveydenhuollon 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. Tämä kuitenkin koskisi vain niitä hyvinvointialueita, joissa esityksen mukaan olisi lähtökohtaisesti mahdollista ylläpitää tällaista päivystystä, ja myös paikkakunnat säädettäisiin lailla. Esitys poistaisi muilta kuin laissa nimetyiltä hyvinvointialueilta mahdollisuuden ylläpitää perusterveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä. Tällaisen perusterveydenhuollon ympärivuorokautisen päivystyksen ylläpitämiseksi tarvitaan nykyiselläänkin sosiaali- ja terveysministeriön lupa, jonka sosiaali- ja terveysministeriö voi toimivaltansa puitteissa myös evätä.

Esityksen vaihtoehtoisia toteuttamistapoja koskevassa luvussa 5.1. käsitellään vaihtoehtona sitä, että alueellista päätösvaltaa lisättäisiinkin ja siten luovuttaisiin ainakin osittain nykyisestä vahvasta säädösohjauksesta. Arviossa kuitenkin todetaan, että alueellisesti voi olla vaikeaa saada aikaan päätöksiä sairaaloiden ja päivystysten palveluverkon osalta. Erikoissairaanhoidosta, päivystyksestä ja leikkaustoiminnasta on haluttu alueilla pitää kiinni jopa muihin hyvinvointialueen palveluihin käytettävissä olevien henkilöstö- ja taloudellisten resurssien kustannuksellakin. Sairaalan palveluiden ja päivystyksen palveluiden ylläpitoon voidaan kiinnittää päätöksiä tehdessä alueen yleinen elinvoimaisuus, ja tämä voi estää sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuuden ja kustannusten näkökulmasta tarkoituksenmukaisten päätösten tekoa. Lisäksi palveluverkon ratkaisuiden jäädessä alueellisten päätösten varaan ei voitaisi olla varmoja kansallisen riittävän eritasoisen hoidon turvaavan sairaala- ja päivystysverkon kokonaisuuden pysyvyydestä eikä sen sopeutumisesta häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Yhteistyöalueiden välisen yhteistyön lisäksi tarvitaan kansallista yhteistyötä, mihin yksinomaan yhteistyösopimus instrumenttina ei ole riittävä.

Esityksen säätämisyjärjestysluvussa tuodaan esiin perustuslakivaliokunnan lausunto, jonka mukaan perustuslakivaliokunta on arvioinut, ettei perustuslainsäätäjän voida katsoa tarkoittaneen kuntaa suurempien alueiden itsehallinnon olevan samanlaista kuin kunnan asukkaiden itsehallinto. (PeVL 17/2021 vp, kohta 15, PeVL 26/2017 vp, s. 20) Valiokunta on kiinnittänyt huomiota siihen, että valtion ohjauksen, tehtävien järjestämistapaa koskevien rajoitusten ja rahoitusmallin vuoksi hyvinvointialueiden itsehallinto jää varsin ohueksi. Valiokunta kuitenkin on esittänyt käsityksensä, että sosiaalisten perusoikeuksien turvaaminen edellyttää erityisesti tällaisen hallinnollisen muutoksen yhteydessä sellaista valtiollista ohjausta ja valvontaa, jota muuten voitaisiin pitää perustuslain 121 §:n 4 momentin mukaisen itsehallinnon toteutumisen kokonaisarviointissa valtiosääntöisesti jossain määrin ongelmallisena (PeVL 17/2021 vp, kohta 27, PeVL 26/2017 vp, s. 21). Esityksen ei katsota olevan ristiriidassa perustuslain 121 §:n kanssa. Perustuslakivaliokunta tulee antamaan esityksestä lausunnon.



Esityksen taloudelliset vaikutukset

Esityksen vaikutusten arviointi on osoittautunut varsin haasteelliseksi. Monimuuttujaisessa tilanteessa yksittäiset syy-seuraussuhteet tai toimenpide-vaikutussuhteet ovat hankalia arvioida. Toimintaympäristössä on paljon eri tekijöitä, jotka vaikuttavat merkittävästi kokonaisuuteen ja jotka muuttuvat sekä alueellisesti että ajallisesti koko ajan. Näitä ovat muun muassa hoitovelka, palveluiden ja henkilöstön saatavuus, väestön käyttäytymisen muutokset sekä se, että hyvinvointialueet toimeenpaneavat omia muutosohjelmiaan. Vaikutusten arvioinnissa on pyritty tukeutumaan saatavilla olevaan ja mahdollisimman ajantasaiseen tietopohjaan kuitenkin siten, että eri alueiden tiedot ja tehdyt analyysit olisivat keskenään vertailukelpoisia.

Esityksessä ehdotettavien lainmuutosten johdosta hyvinvointialueiden toimintamomenttiin 28.89.31 kohdistuisi vuonna 2026 yhteensä 30,6 miljoonan euron säästö vuoden 2025 tasossa. Momentille kohdistuisi vuonna 2025 7,2 miljoonan euron säästö. Sairausvakuutuksen momentille 33.30.60 kohdistuisi vuonna 2026 7,7 miljoonan euron lisäys, josta valtion osuus on 4,1 miljoonaa euroa. Vuonna 2025 momentille kohdistuisi 2 miljoonan euron lisäys, josta valtion osuus on 1 miljoonaa euroa.

Kokonaisuudessaan esitys vahvistaisi valtion taloutta 6,2 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 26,5 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien.

Seuraavassa taulukossa on esitetty aluekohtainen säästöpotentiaali, laskennallisen rahoituksen muutos yhteensä sekä rahoituksen muutoksen ja säästöpotentiaalin välinen erotus, miljoonaa euroa (hallituksen esityksen taulukko 19)¹

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

¹ Oikaisemme tässä yhteydessä HE:n eräässä virkkeessä olevan virheen. Hallituksen esityksen s.116 todetaan "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 Valkeakosken sairaalasta.". Oikea viittaus on esityksen taulukkoon 14.



Pohjois-Savo	2	-1,5	0,5
Pohjois-Karjala	0	-1,0	-1,0
Keski-Suomi	0	-1,5	-1,5
Etelä-Pohjanmaa	0	-1,1	-1,1
Pohjanmaa	0	-0,9	-0,9
Keski-Pohjanmaa	0	-0,4	-0,4
Pohjois-Pohjanmaa	8,3	-2,3	6,0
Kainuu	0	-0,4	-0,4
Lappi	6,3	-1,1	5,2
Koko maa	30,6	-30,6	0

Ensihoitopalvelun kustannuslisäyksen on arvioitu olevan noin 7,6 milj. euroa ja sairausvakuutuksen korvausten sairaankuljetuksesta 7,5 milj. euroa. Kelan matkakorvaukset ambulanssikyydistä maksetaan palvelun tuottajalle. Koska hyvinvointialueella on ensihoidon järjestämisvastuu, Kelan matkakorvaukset ovat hyvinvointialueelle tuottoa, mikäli hyvinvointialue on ensihoidon tuottaja jolloin matkakorvaukset vähentävät ensihoitopalvelun järjestämisestä hyvinvointialueelle aiheutuvia kustannuksia. Siten hyvinvointialueen talouteen vaikutus on ensihoitopalvelun järjestämisestä aiheutuvan lisäkustannuksen ja sairausvakuutuksen korvausten erotus. Nettomääräisesti muutoksen vaikutus on kustannuksia vähäisesti lisäävä, noin 60 000 euroa.

Kun arvioidaan, että ensihoitoyksikön vuotuinen ylläpitokustannus on miljoona euroa, lainmuutoksen kohteena oleville hyvinvointialueille arvioidaan tarvittavan koko maan tasolla laskennallisesti kaikkiaan noin 7,5 uutta yksikköä. Todellinen ensihoidon lisästarve ja ajoittuminen vuorokauteen arvioidaan aluekohtaisesti lähtien alueen omista tarpeista ja lähtökohdista.

Kanavointiratkaisun (HE 123/2024 vp) myötä sairausvakuutuksen rahoitusosuuksina käytetty esityksen mukaisia rahoitusosuuksia, valtio 51,4 % ja vakuutetut 48,6 %, jolloin valtion osuus ensihoidosta olisi 3,9 milj. euroa ja vakuutettujen osuus 3,6 milj. euroa. Kelan korvaamien taksimatkojen kustannukset lisääntyisivät arviolta 240 000 eurolla. Taksimatkat korvataan, kuten sairaankuljetukset, sairaanhoitovakuutuksesta, jolloin valtion kustannukset lisääntyisivät 120 000 eurolla ja vakuutettujen rahoitusosuus lisääntyisi 120 000 eurolla. Lisäksi päiväsaikaan siirtyvien erikoissairaanhoidon asiakkaiden osalta korvaukset lisääntyisivät jonkin verran.

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

Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmät

Esityksen luvussa 5.2. käsitellään Ruotsin, Norjan ja Tanskan terveydenhuoltojärjestelmiä. Seuraavassa on tiivistetty mainitussa luvussa olevia kuvauksia. Terveydenhuolto näissä maissa järjestyy kolmelle eri tasolle: valtiolliselle, alueelliselle ja kunnalliselle. Julkisen terveydenhuollon kehityssuuntana Pohjoismaissa on ollut



kaikkein erikoistuneimman hoidon keskittäminen. Keskittämisellä on tavoiteltu parempaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä resurssien järkevämpää käyttöä. Keskittämisen seurauksena sairaaloiden ja päivystyssairaaloiden lukumäärä on vähentynyt, voimakkaimmin Tanskassa. Toisaalta erityisesti perusterveydenhuollon järjestämistavoissa on eroja verrattuna Suomeen.

Ruotsissa päävastuu julkisen terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä, toteuttamisesta ja rahoittamisesta on 21 alueella (region), joilla on myös verotusoikeus. Erityisesti erikoissairaanhoidon palveluja on keskitetty niin alueellisella kuin kansallisellakin tasolla. Ruotsissa on keskitetty palveluita asteittain alueellisesti erityisesti 2010-luvulla ja myöhemmin myös kansallisella tasolla. Esimerkkinä erikoissairaanhoidon keskittämisestä kansallisella tasolla on vuonna 2018 voimaan tullut sääntely koskien kansallista erityistason hoitoa. Valtion virasto Socialstyrelsen päättää kansallisen erityistason hoidon määrittelystä ja niiden yksiköiden lukumäärästä, jotka saavat tarjota kansallista erityistason hoitoa. Kansallisen erityistason hoidon tarjoamiseen alue tarvitsee luvan. Kehityssuuntana on yleisemminkin valtiollisen ohjauksen lisääminen terveydenhuollossa. Hallitus on asettanut parlamentaarisen komitean, jonka tehtävänä on analysoida sekä tehdä ehdotuksia siitä, miten pitkällä aikavälillä terveydenhuolto voisi tulla osittain tai kokonaan valtion ylläpitämäksi.

Ruotsissa akuuttihoito on jaettu eri tasoille tietyiltä osin. Vuonna 2022 Ruotsissa oli 66 vuorokauden ympäri auki olevaa päivystyssairaala. Toisaalta Ruotsissa ei ole käytössä yhtenäistä päivystyssairaalan tai kiirevastaanoton käsitettä, joten tarkka akuutissairaaloiden määrä riippuu määritelmästä. Niiden tehtävien laajuus vaihtelee.

Tanskassa valtio vastaa terveydenhuollon kokonaissääntelystä, valvonnasta ja verotuksellisista toiminnoista sekä esimerkiksi siitä, miten erikoissairaanhoidon toiminnot jakautuvat eri sairaaloihin. Alueita on Tanskassa viisi, ja niiden päävastuuna on erikoissairaanhoito ja sen järjestäminen. Kunnat puolestaan ovat vastuussa muun muassa kotihoidosta, lasten hammashoidosta, kouluterveydenhuollosta ja ennaltaehkäisevien palvelujen tarjoamisesta. Alueiden rahoittamilla yleislääkäreillä on iso rooli potilaiden ensikontaktina, ja jopa 90 % kaikista potilaskontakteista hoidetaan perustasolla. Yleislääkärit toimivat omalääkärimallin mukaisesti, ja potilaat saavat valita yleislääkäriinsä vapaasti. Tanskassa hallinnollisia rakenteita on uudistettu vuodesta 2007 lähtien merkittävästi. Vuoden 2007 terveysreformilla (Strukturreformen 2007) 13 maakuntaa yhdistettiin viideksi uudeksi alueeksi ja kuntien määrää vähennettiin 271 kunnasta 98 kuntaan. Uudistuksella haluttiin parantaa päivystyspalveluita, hoidon laatua ja tehokkuutta. Päivystyssairaaloiden määrää vähennettiin reilusti (40 päivystyssairaala vuonna 2006 ja 21 päivystyssairaala vuonna 2022), ja erikoissairaanhoito keskitettiin pienempään määrään sairaaloita. Tanskassa erikoissairaanhoitotasoinen hoito on keskitetty siten, että kaikkein erikoistuneita hoitoa on tarjolla vain muutamassa sairaalassa, joissakin tapauksissa vain yhdessä sairaalassa. Jokaisella alueella on yksi tai useampi erityistason (tertiary) erikoissairaanhoitoa tarjoava yliopistosairaala sekä alueellisia yleissairaaloita. Sairaaloista 21 on päivystyssairaaloita, ja niistä huolehtivat alueet. Tanskan terveysreformin yhtenä keskeisenä ajatuksena oli luopua irrallisista kiireellisen hoidon ja päivystyksen yksiköistä. Tanskassa on käynnissä tällä hetkellä uudistus, joka vähentää sairaaloiden määrää entisestään. Uudistuksella luodut sairaalat ovat ns. supersairaaloita, jotka pystyvät tarjoamaan hyvin erikoistunutta hoitoa.

Käytännössä kiireellisissä tilanteissa potilas voi omalääkäriinsä vastaanottoaikojen ulkopuolella ottaa yhteyttä päivystävään lääkäriin, lægevagten, joka toimii virka-ajan ulkopuolella. Lääkäri arvioi, minkälaista hoitoa potilas tarvitsee ja hän voi tarvittaessa ohjata potilaan edelleen kiirevastaanotolle tai päivystyssairaalaan. Osassa kiirevastaanottoja hoidetaan pienempiä vammoja, kun taas osassa on valmius kaiken tyyppisten



vammojen ja sairauksien hoitoon. Kiirevastaanotot eroavat toisistaan myös aukioloajoin, osa on auki ympärivuorokautisesti, osa iltaisin ja viikonloppuisin, muttei yöaikaan.

Norjassa erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu ja sairaaloiden omistus siirtyivät valtiolle vuonna 2022. Erikoissairaanhoidon valtion omistus jakautuu edelleen neljälle alueelliselle terveysviranomaiselle/yritykselle (et regionalt helseforetak), joita Norjan terveys- ja hoitoministeriö hallinnoi. Näiden alueellisten terveysyritysten alla ovat sairaalat ja muut erikoissairaanhoidopalvelut, jotka on organisoitu erillisiksi ”tytäryhtiöiksi”/yrityksiksi. Valtiolla on ylin vastuu/kokonaisvastuu siitä, että väestölle annetaan tarvittavat/välttämättömät erikoissairaanhoidon palvelut. Alueellisten terveysyritysten on puolestaan huolehdittava muun muassa sairaalapalveluiden tarjoamisesta asukkailleen. Sairaaloiden perustamiseen vaaditaan Norjan terveys- ja hoivaministeriön hyväksyntä. Erikoissairaanhoidon keskittämisestä Norjassa esimerkkinä on erikoissairaanhoidon kansalliset palvelut, jotka on perustettu tukemaan kokonaisvaltaista priorisointia, resurssien järkevää käyttöä ja tasavertaisen ja laadukkaan pitkälle erikoistuneen hoidon saamiseksi. Kansalliset palvelut koostuvat pitkälle erikoistuneesta hoidosta ja/tai osaamisesta, joka tulisi keskittää yhteen tai kahteen instituutioon koko maassa laadukkaiden palveluiden ja osaamisen varmistamiseksi. Kunnat puolestaan vastaavat muun muassa perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Perusterveydenhuolto on useimmiten itsenäisten ammatinharjoittajien tuottamaa, jotka toimivat omalääkäreinä.

Potilaan ensisijaisena kontaktina terveydenhuoltoon on potilaan omalääkäri, jonka vastaanotolle saa kiireellisissä tapauksissa ajan useimmiten samalle päivälle. Kiireellisissä tapauksissa omalääkärin virka-ajan ulkopuolella potilas voi ottaa yhteyttä päivystävään terveydenhuoltoon (legevakt) soittamalla kansalliseen puhelinnumeroon, joka on auki ympärivuorokautisesti. Päivystävät terveydenhuoltopalvelut on järjestetty ei tavoilla. Kaikissa kunnissa tulee olla vähintään yksi päivystävä lääkäri.