Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoitolain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi kansanterveyslakia, erikoissairaanhoitolakia ja mielenterveyslakia. Esityksen tarkoituksena on laajentaa kunnallista hammashoitoa sekä parantaa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja. Kunnallisen hammashoidon järjestämisvelvollisuus ehdotetaan säädettäväksi siten, että hoito tulee järjestää ainakin vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneille. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen parantamiseksi tavoitteena on mahdollistaa muun muassa erikoissairaanhoitoon pääsyn enimmäisajoista säätäminen ja hoitoketjun toimivuuden parantaminen.

Kunnallisen hammashoidon järjestämisvelvollisuutta koskevia säännöksiä ehdotetaan muutettavaksi siten, että hoidon laajuutta ei enää säädettäisi asetuksella vaan suoraan lailla. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi valtion vuoden 2001 talousarvioesityksessä on ehdotettu kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden lisäämistä 25 miljoonalla markalla.

Kuntien saamat sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet määräytyvät laskennallisesti, eikä valtionosuuksien käyttötarkoitus ole ennalta määriteltävissä. Tämän vuoksi esityksessä ehdotetaan muutettavaksi kansanterveyslakia, erikoissairaanhoitolakia ja mielenterveyslakia siten, että niihin lisättäisiin valtuutussäännökset, joiden nojalla valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin kuntien velvollisuudeksi kuuluvien mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja sisällöstä.

Esityksen mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin tarvittaessa säätää myös siitä, missä ajassa kunnan tulee järjestää mielenterveyspalvelut. Lisäksi asetuksella voitaisiin antaa säännöksiä kunnan vastuulle kuuluvien mielenterveyspalvelujen tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotetaan myös annettavaksi mahdollisuus antaa ohjeita kansanterveystyön, erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön sisällöstä.

Esitys liittyy valtion vuoden 2001 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä. Esitys liittyy lisäksi samanaikaisesti eduskunnalle annettavaan hallituksen esitykseen sairausvakuutuslain muuttamisesta, jolla myös hammashoidon korvattavuus sairausvakuutuksesta laajennettaisiin vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin.

Lait ovat tarkoitetut tulemaan voimaan 1 päivänä tammikuuta 2001 lukuun ottamatta hammashoidon laajentamista koskevaa kansanterveyslain muutosta, joka on tarkoitettu tulemaan voimaan 1 päivänä huhtikuuta 2001. Hammashoidon laajennukseen ehdotetaan lisäksi siirtymäaikaa siten, että vuosina 1955–1946 syntyneille järjestettävä hammashoito tulee järjestää viimeistään vuoden 2001 loppuun mennessä.

209281F

YLEISPERUSTELUT

1. Nykytila

1.1. Kunnallinen hammashoito

Kansanterveyslain (66/1972) 14 §:n 1 momentin 4 kohdan mukaan kunnan tulee kansanterveystyöhön kuuluvana tehtävänä ylläpitää hammashuoltoa siinä laajuudessa kuin asetuksella tarkemmin säädetään. Kansanterveysasetuksen (802/1992) 1 §:n mukaan kunnan tulee järjestää hampaiden tutkimus ja hoito ensi sijassa vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneille sekä pään ja kaulan alueelle sädehoitoa saaneille henkilöille.

Mainitut säännökset ovat lähinnä ohjanneet terveyskeskusten antaman hammashoidon kohdentamista kunnan asukkaille silloin kun kunta on halunnut rajoittaa hammashoidon järjestämistä. Kansanterveysasetuksen perusteella hoidon antamista voidaan rajoittaa asetuksen mukaisesti iän perusteella siten, että nuorimmat ikäryhmät ovat ensisijaisessa asemassa. Kunnan päätöksellä hoito voidaan rajata myös asetuksessa mainittua nuorempiin ikäryhmiin.

Kunnallisen hammashoidon järjestämistä koskevat säännökset poikkeavat muista kunnallista terveydenhuoltoa koskevista säännöksistä nimenomaan siinä, että hoitoon pääsyn perusteena voi olla potilaan ikä. Muulta osin kunnallisessa terveydenhuollossa hoitoon pääsyn perusteena on pääsäännön mukaan hoidon tarve ja eräissä tapauksissa kuuluminen sellaiseen käyttäjäryhmään, jonka osalta on säädetty erityisiä perusteita, kuten koululaisten ja opiskelijoiden osalta.

Vuonna 1997 käytännössä yli puolet kuntien tai kuntayhtymien ylläpitämistä terveyskeskuksista järjesti hammashoitopalveluja ilman ikään perustuvia rajoituksia. Näiden terveyskeskusten alueella asui noin 1,6 miljoonaa henkilöä. Kansanterveysasetukseen sisältyvän rajauksen mukaisessa laajuudessa hammashoitopalveluita järjesti joka neljäs terveyskeskus. Näiden alueella asui kaikkiaan noin 1,7 miljoonaa henkilöä. Loput, eli noin viidennes terveyskeskuksista, rajasivat hammashoitopalvelut vieläkin suppeammaksi. Näissä kunnissa asui noin 1,7 miljoonaa henkilöä.

Vuonna 1999 kunnallisessa hammashoidossa oli potilaita seuraavasti:

Ikäluokka	ikäluokan koko	kunnallisen hammashoidon potilaat		
	lukumäärä	lukumäärä	% ikäluokasta	käynnit miljoonaa*
0-18-vuotiaat	1 210 575	942 333	78	2,6
19-43-vuotiaat	1 742 712	510 100	29	1,6
yli 43-vuotiaat	2 218 015	297 736	13	0,9
yhteensä	**5 171 312**	**1 750 160**	**34**	**5,1**

* Mukaan on laskettu käynnit hammaslääkärin, hammashuoltajan ja hammashoitajan vastaanotolla.

Kokonaiskustannukset terveyskeskusten hammashoidossa olivat vuonna 1998 yhteensä 1 316 miljoonaa markkaa. Potilasta kohden lasketut keskimääräiset kustannukset olivat 753 markkaa potilasta kohden. Käyntiä kohden lasketut kustannukset olivat vastaavasti 258 markkaa. Asiakasmaksuja kerättiin samana vuonna noin 270 miljoonaa markkaa, mikä tekee keskimäärin 117 markkaa maksullista käyntiä kohden.

1.2. Sairausvakuutuskorvaus hammashuollossa

Sairausvakuutuslain (364/1963) vuoden 2000 loppuun voimassa olevan 5 b §:n mu-

kaan oikeus sairausvakuutuksen korvauksiin hammashoidon kustannuksista on pääsäännön mukaan vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneillä, mikä vuonna 2000 tarkoittaa 44-vuotiaita ja sitä nuorempia. Korvausta suoritetaan sairausvakuutuslain mukaan suun ja hampaiden tutkimuksen ja ehkäisevän hoidon kustannuksista 75 prosenttia sekä muusta hammaslääkärin suorittamasta hammashoidosta 60 prosenttia enintään taksan mukaisesta määrästä. Vakuutetuille korvataan myös hammaslääkärin määräämät laboratorio- ja röntgentutkimukset sekä tarpeelliset lääkkeet vastaavasti kuin lääkärinkin määräämänä. Lisäksi hammashoitoon liittyvät matkakustannukset on korvattu sairausvakuutuksen yleisten periaatteiden mukaisesti.

Muulle aikuisväestölle eli ennen vuotta 1956 syntyneille on korvattu määräaikaisen 5 b §:n perusteella joka kolmas vuosi suun ja hampaiden tutkimuksen ja ennalta ehkäisevän hoidon kustannuksista 75 prosenttia enintään vahvistetun taksan mukaisesta määrästä. Lisäksi heillä on sairausvakuutuslain 5 §:n 2 momentin perusteella oikeus, kuten vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneillä, sairausvakuutuksen hammashuollon korvauksiin, jos hammassairauden hoitaminen on ollut muun sairauden kuin hammassairauden parantamiseksi välttämätöntä taikka säde- tai sytostaattihoidon vuoksi tarpeellista. Tällöin hoidon korvaaminen riippuu muun sairauden kuin hammassairauden hoidon edellyttämästä tarpeesta. Korvaus on 60 prosenttia enintään vahvistetun taksan mukaisesta määrästä.

Sairausvakuutuksesta on vuonna 1999 suoritettu korvauksia kaikkiaan 467 200 henkilölle, joista 19—43-vuotiaiden osuus oli 312 500. Mainituille ikäluokille korvattiin keskimäärin 546 markkaa korvauksensaajaa kohden. Ennen vuotta 1956 syntyneistä vakuutetuista tutkimuksen ja ennalta ehkäisevän hoidon kustannuksista suoritettiin sairausvakuutuskorvausta 113 300 vakuutetulle. Korvaus on ollut 114 markkaa korvauksensaajaa kohden. Sairausvakuutuslain 5 §:n 2 momentin perusteella korvattiin hammashoitoa muun kuin hammassairauden perusteella 13 300 vakuutetulle ja suoritettu sairausvakuutuskorvaus on ollut keskimäärin 510 markkaa korvauksensaajaa kohden.

Hammashuollon korvausten ulkopuolelle on pääsäännön mukaan jäänyt oikomishoito sekä proteettiset toimenpiteet ja hammastekniset kustannukset. Oikomishoitoa on poikkeuksellisesti korvattu vakuutetuille sairausvakuutuslain 5 §:n 2 momentin perusteella, kun oikomishoito on ollut välttämätöntä muun sairauden kuin hammassairauden kuten esimerkiksi synnynnäisen leukojen rakenteellisen poikkeavuuden parantamiseksi.

Rintamaveteraanien hammashuollosta on säädetty laissa rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta (678/1992). Tämän lain perusteella korvaukseen oikeutettujen piiriä on laajennettu koskemaan myös miinanraivaajia 1 päivästä maaliskuuta 2000. Rintamaveteraanien hammashuollon piiriin kuuluu lähes 150 000 veteraania. Rintamaveteraanien hammashuollon korvauksissa erityispaino on proteesitöiden korvaamisessa. Vuonna 1998 korvauksensaajia on ollut 31 400 ja keskimääräinen korvaus on ollut 1 396 markkaa korvauksensaajaa kohden.

1.3. Julkisesti tuetun hammashoidon laajentuminen ja aikaisemmat suunnitelmat

Julkiset hammashoitopalvelut käynnistettiin Suomessa vuonna 1956, jolloin tuli voimaan laki kansakoulujen hammaslääkärintoimesta (297/1956). Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki laajensi kunnallista hammashoitoa periaatteessa koko väestöön, mutta voimavarojen rajallisuuden vuoksi hoito tuli aluksi kohdistaa ensisijaisesti 0—17-vuotiaisiin järjestelmällisen hammashoidon periaatteiden mukaisesti. Valtakunnallisilla suunnitelmilla järjestelmällisen hammashuollon piiriä laajennettiin asteittain seuraavasti:

Vuosi	1972	1979	1984	1985	1986	1988	1989	1990
Ikäryhmä	0-17	0-18	0-19	0-21	1961-	1960-	1958-	1956-

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen hammashoidon laajuutta ei enää määritelty valtakunnallisilla suunnitelmilla vaan kansanterveyslain muutoksen jälkeen annetulla kansanterveysasetuksella, jonka mukaan hoito tulee järjestää edellä alajaksossa 1.1 kuvatulla tavalla ensisijassa vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneille.

Sairausvakuutuslakiin sisältyviä hammashuollon korvaussäännöksiä uudistettiin vuonna 1991. Lainmuutoksen (1714/1991) tarkoituksena oli ulottaa järjestelmällisen hammashuollon korvaaminen koskemaan koko väestöä 1 päivästä heinäkuuta 1992. Hammashuollon korvaaminen olisi koskenut myös hammaslääkärin määräämiä laboratorio- ja röntgentutkimuksia, lääkkeitä sekä hammashoitoon liittyviä matkakustannuksia sekä osin protetiikan kustannuksia. Oikomishoito olisi jäänyt korvausten ulkopuolelle. Hammashuollon korvausten laajentamista koskemaan koko väestöä on sittemmin lykätty väliaikaisilla laeilla, viimeksi marraskuussa 1999 annetulla lailla (1020/1999), joka on voimassa vuoden 2000 ajan.

Eduskunta on vastauksessaan sairausvakuutuksen hammashuollon korvauksia koskevaan hallitukseen esitykseen laiksi sairausvakuutuslain 5 ja 5 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta (HE 82/1999 vp - EV 43/1999 vp) edellyttänyt, että järjestelmällisen hammashuollon uudistukseen varataan riittävät voimavarat ja uudistuksen kustannusneutraaliutta tarkastellaan laajempana kuin vain kuntien järjestämän hammashuollon tai sairausvakuutusjärjestelmän sisäisten painotusten muutoksena. Sosiaali- ja terveysvaliokunta on mainitun hallituksen esityksen johdosta antamassaan mietinnössä (StVM 12/1999 vp - HE 82/1999 vp) pitänyt tärkeänä, että järjestelmällisen hammashuollon sisältö määritellään riittävän tarkasti ja kansanterveydellisin perustein sellaiseksi, että se tukee pitkällä aikavälillä väestön hyvinvointia ja terveyttä.

Hammashuollon tavoitteeksi Paavo Lipposen II hallituksen hallitusohjelmaan on kirjattu, että koko väestön mahdollisuus saada yhteisistä varoista tuettua hammashuoltoa toteutetaan kustannusneutraalisti vaiheittain.

1.4. Kunnallisen terveydenhuollon ohjaus

Kunnan velvollisuudesta järjestää terveyspalveluja säädetään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) sekä mielenterveyspalvelujen osalta myös mielenterveyslaissa (1116/1990). Velvoitteet on säädetty varsin yleisellä tasolla ilman, että lainsäädännön perusteella voisi suoraan määritellä toiminnan laajuutta tai sisältöä. Käytännössä tämä on johtanut siihen, että palvelujen järjestämistavassa ja sisällössä on usein suuriakin eroja kuntien välillä. Erot sinänsä ovat hyväksyttäviä, jos kuntalaisten tarvitsemat palvelut tulevat järjestetyiksi asianmukaisesti. Eräissä tapauksissa on kuitenkin osoittautunut, että kuntien väliset erot ovat suuria ja, että joissakin kunnissa perustuslain 19 §:ssä tarkoitetut riittävät terveyspalvelut eivät toteudu kaikin osin asianmukaisesti.

Kunnallisen terveydenhuollon ohjaus toteutuu tällä hetkellä lähinnä edellä todettujen lakien ja toisaalta eri tavoin toteutettavan informaatio-ohjauksen kautta. Informaatio-ohjauksessa uusin väline on sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma, joka laadittiin ensimmäisen kerran vuonna 1999 vuosiksi 2000–2003. Tavoite- ja toimintaohjelman toteutus on parhaillaan käynnissä.

Käytettävissä olevista ohjauskeinoista voidaan todeta, että lakiin perustuva ohjaus on usein tarpeettoman raskas tapa vaikuttaa yksittäisiin ongelmakysymyksiin eikä tällainen lain tasolla tapahtuva ohjaus sovellu nykyiseen puitelainsäädäntöön. Toisaalta kuntia sitomaton informaatio-ohjaus ei aina ole riittävää. Tästä on yhtenä selkeänä osoituksena palvelujärjestelmässä toteutettu laitoshoidon vähentäminen, jonka vastapainoksi tarpeellisia avohoitopalveluja ei ole kehitetty riittävästi, vaikka asiaan on jatkuvasti kiinnitetty kuntien huomiota.

Syyt todettuihin puutteisiin ovat moninaisia. Edellisten kymmenen vuoden aikana kunnallistalous on ollut monissa tapauksissa keskeinen tekijä. Taloudellinen lama 1990-luvun alussa heikensi merkittävästi sekä valtion että kuntien mahdollisuuksia rahoittaa sosiaali- ja terveyspalveluja. Vaikutukset jatkuivat aina vuosikymmenen lopulle, ja mo-

nissa yksittäisissä kunnissa taloudellinen tilanne on edelleenkin tiukka.

Talouden ongelmien lisäksi yhtenä syynä palveluissa havaittuihin ongelmiin voi olla kuntien oma toiminta palveluja järjestettäessä. Kunnallisen palvelujärjestelmän kehittäminen saattaa kohdistua erityisesti joidenkin erityisryhmien, kuten mielenterveyspotilaiden tai mielenterveyshäiriön vaarassa olevien, tarpeiden kannalta epätarkoituksenmukaisella tavalla. Tällaiseen toimintaan voidaan nykyisin pyrkiä vaikuttamaan lähinnä kuntaa sitomattomalla ohjauksella. Toisinaan tällaisella ohjauksella on vaikutusta, mutta ei aina. Sitomattoman ohjauksen vastaiseen toimintaan ei myöskään voida puuttua valvonnan keinoin.

Tilanteissa, joissa kuntia sitomattomalla ohjauksella ei saavuteta haluttuja tavoitteita mutta samalla lainsäädännölliset toimenpiteet katsotaan tarpeettoman raskaiksi, ei nykyisin ole yleensä käytettävissä kevyempää, valtioneuvoston tai ministeriön asetukseen perustuvaa ohjausmahdollisuutta.

1.5. Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalvelujen tilaa selvitettiin vuonna 1998 yhdeksän alueellisesti toimineen selvityshenkilön toteuttamana. Selvitystyön keskeinen tulos oli, että mielenterveysjärjestelmän suurimmat epäkohdat ja kitkat liittyivät voimavarojen niukkuuteen. Mielenterveystyön perusrahoitus on jatkuvasti vähentynyt. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannukset laskivat vuoden 1997 rahan arvoon muutettuna vuoden 1990 noin 3,15 miljardista markasta 2,34 miljardiin markkaan vuonna 1997. Lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannukset ovat noin 500 miljoonaa markkaa vuodessa. Kuitenkaan perusterveydenhuollossa mielenterveystyön rahoitus ei ole kasvanut lisääntyneitä tehtäviä vastaavasti.

Mielenterveystyön palveluvalikoima ja palvelujen saatavuus vaihtelevat suuresti alueesta ja kunnasta toiseen. Tämä koskee niin neuvonta-, akuutti-, pitkäaikais- kuin kuntoutuspalveluja. Pitkäaikaissairaiden näkökulmasta pulaa on erityisesti arkista selviytymistä, sosiaalista kanssakäymistä ja avohoitoa tukevista palveluista. Avohoitopotilaiden näkökulmasta kuntien kotipalvelun voimavarat eivät ole riittävät. Samoin kuntoutuksen rahoitus on puutteellista.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen tarjonta on alueellisesti epätasaista. Erityisesti nuorten masennustilojen ja eri syistä johtuvien oppimisongelmien tunnistamisessa on puutteita. Myös alle kouluikäisten lasten ongelmiin puututaan aivan liian vähän ja liian hitaasti. Tämä on varhaisen syrjäytymiskehityksen ehkäisyn kannalta pulmallista.

Lainsäädännön selkeästä velvoitteesta huolimatta kaikki sairaanhoitopiirit eivät ole järjestäneet alaikäisten tahdosta riippumatonta sairaalahoitoa mielenterveyslain edellyttämällä tavalla erillään aikuisista. Myös kriisihoidon järjestämisessä on puutteita ja mielenterveyden edistäminen on vasta nousemassa asialistalle.

Lasten palvelujärjestelmän keskeinen heikkous on sen hajanaisuus. Lastenpsykiatrinen akuutti- ja kriisihoito on monin paikoin erittäin puutteellisesti järjestetty. Lapsille tarkoitettuja psykiatrisia sairaansijoja ja päiväsairaanhoitoa sekä niitä tukevia avopalveluita ei ole riittävästi. On osoittautunut, että alaikäisten tekemien rikosten taustalla on usein huume- ja päihderiippuvuus sekä vakavia psykososiaalisia ongelmia. Palvelujärjestelmä ei kuitenkaan pysty vastaamaan tällaisten vaikeasti häiriintyneiden nuorten hoidon tarpeeseen.

2. Tavoitteet ja ehdotetut muutokset

2.1. Kunnallinen hammashuolto

Kunnallisen hammashuollon keskeisenä tavoitteena on koko väestön suun terveyden parantaminen ja se, että koko väestö voisi saada terveystarpeen mukaiset suun terveydenhuollon palvelut. Säännöllisellä hammashuollolla ja siihen liittyvällä omatoimisen hampaiden hoidon tuella voidaan toisaalta estää suun ja hampaiston sairauksien kehittymistä ja toisaalta mahdolliset sairaudet pystytään hoitamaan niiden alkuvaiheessa. Asianmukaisesti toteutettuna tämä vähentää myös suu- ja hammassairauksista koko elimistöön kohdistuvia haittavaikutuksia. Kansanterveyslain voimassaoloaikana saatujen

kokemusten perusteella on nähtävissä, että suu- ja hammassairauksien asianmukaisella ehkäisyllä ja hoidolla on voitu merkittävässä määrin parantaa nuorten ikäluokkien suun ja hampaiden terveydentilaa. Hyvät tulokset ovat osin perustuneet siihen, että terveyskeskukset ovat järjestäneet lasten ja nuorten hammashoidon kattavasti koko maassa. Tämän lisäksi suuri merkitys on ollut väestön koulutustason ja ravitsemuksen parantumisella.

Osa aikuisväestöstä on kuitenkin jäänyt kunnallisen hammashoidon ulkopuolelle, koska kaikki terveyskeskukset eivät ole voimavarojensa riittämättömyyden vuoksi kyenneet järjestämään hoitoa toimialueensa kaikille asukkaille. Myöskään sairausvakuutusjärjestelmä ei ole korvannut kattavasti aikuisväestön hammashoidon kustannuksia. Tämä on johtanut siihen, että osa väestöstä on jäänyt kokonaan säännöllisen hammashoidon ulkopuolelle.

Koska myös aikuisiällä järjestetyllä asianmukaisella hammashoidolla on suuri merkitys terveydelle ja elämän laadulle, tulisi koko väestö saattaa kunnallisen palvelujärjestelmän ja sairausvakuutusjärjestelmän avulla julkisista varoista tuetun hammashuollon piiriin. Näin voitaisiin poistaa hoitoon pääsyä tosiasiallisesti rajoittavat ikärajat ja samalla vähentää hoitoon hakeutumista estäviä taloudellisia perusteita. Jos kaikilla olisi mahdollisuus päästä kunnalliseen hammashoitoon, poistuisivat samalla ne hammashoidon saatavuudessa olevat tosiasialliset erot, jotka nykyisin johtuvat asuinpaikasta. Hammashuollon kehittämisen ehdotetulla tavalla voidaan pidemmällä aikavälillä olettaa hillitsevän myös suu- ja hammassairauksista syntyvien terveydenhuollon kustannusten kasvua.

Kunnallisessa terveydenhuollossa tavoitteena on edellä olevan mukaisesti, että hammashuollon palvelut järjestetään kaikille kunnan asukkaille muun perusterveydenhuollon mukaisesti hoidon tarpeen perusteella. Tällöin hoitoon pääsyn perusteena ei ole enää potilaan ikä vaan suun ja hampaiden terveydentilan edellyttämä hoito. Valtion- ja kunnallistaloudellisista syistä ei hammashoitoa ole kuitenkaan mahdollista laajentaa kerralla kaikkiin ikäluokkiin. Tämän vuoksi kunnallista hammashoitoa on tarkoitus laajentaa siten, että kuntien tulisi ensi vaiheessa järjestää ainakin kaikille vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneille mahdollisuus päästä halutessaan kunnalliseen hammashoitoon. Lisäksi kunnan velvollisuus järjestää palvelut koskisi edelleen pään ja kaulan alueella sädehoitoa saaneita henkilöitä. Tarkoituksena on, että hoitoa laajennetaan edelleen vuonna 2002 siten, että terveyskeskusten järjestämään hoitoon voisi koko maassa päästä iästä riippumatta hoidon tarpeen perusteella.

Päävastuu väestön hammashuoltopalveluiden järjestämisestä tulee tämän mukaisesti olemaan vastaisuudessakin kunnilla. Kunnallisia hammashuoltopalveluita täydentävät yksityishammaslääkäreiden antamat palvelut, joiden kustannuksista maksetaan korvaus sairausvakuutuslain mukaan.

2.2. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalvelujen tilaa ja kehittämistarpeita selvittäneen Mielekäs Elämä -ohjelman selvityksen perusteella on laadittu ohjelma keskeisistä kehittämiskohteista. Näitä ovat:

- lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen parantaminen
- avohoidon kuntouttavien ja toimintakykyä ylläpitävien tukitoimintojen sekä asumispalvelujen kehittäminen kaikille ikäryhmille
- aikuisten sairaala- ja avohoitopalvelujen järjestäminen saumattomasti, monipuolisesti ja joustavasti
- ennaltaehkäisevän työn kehittäminen
- peruspalvelujen mielenterveystyön osaamisen kehittäminen
- mielenterveyspalvelujen ja päihdehuollon henkilöstön osaamisen kehittäminen ja palvelujen laadunhallinta ja arviointi

Tämän ohjelman toteuttamisessa kiireellisimmät tarpeet ovat lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kehittämisessä. Tässä kehittämistyössä on tarpeen, että lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin kohdistettavan taloudellisen panostuksen ja siihen liittyvien kehittämisprojektien ohella valtion viranomaisilla on mahdollisuus ohjata toimintaa kuntia sitovalla tavalla. Esityksen tavoitteena onkin mahdollistaa riittävä kuntiin kohdistu-

va ohjaus, jotta mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi lisättäviä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia vastaava palvelujen lisäys voitaisiin varmistaa.

Valtion kohdentama lisärahoitus mielenterveyspalveluihin voidaan toteuttaa joko vuoden 2001 talousarvioesityksessä ehdotetulla tavalla lisäämällä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta tai myöntämällä kunnille erillinen valtionavustus kuten vuoden 2000 talousarviossa tehtiin. Valtionavustuksella voidaan pitkälle varmistua siitä, että rahoitus kohdentuu avustuksen myöntäjän haluamaan tarkoitukseen. Toisaalta toistuva avustus johtaa helposti siihen, että perustoiminnan rahoitusta vähennetään vastaavasti, koska ennakkoon tiedetään mahdollisuus avustuksen saamiseen. Avustuksen periaatteellisesti oikeasta kohdentumisesta voidaan näin ollen varmistua, mutta se ei kuitenkaan takaa sitä, että avustuksen kohteena olevan toiminnan kokonaisrahoitus lisääntyy.

Erilliseen avustukseen liittyy myös muita ongelmia. Se on hallinnollisesti varsin raskas toteuttaa, koska avustusten tulee käytännössä perustua erillisiin hakemuksiin, jotka pitää arvioida ja joiden pohjalta valtionapuviranomainen tekee päätöksen avustuksen myöntämisestä. Avustus edellyttää myös erillistä seurantaa. Muun muassa tällaiset tekijät olivat yhtenä keskeisenä perusteena laskennalliseen valtionosuusjärjestelmään siirtymiselle. Avustuksiin perustuva toiminnan rahoitus merkitsee myös, että toiminnan tosiasiallinen ohjaaminen siirtyy avustuksen ehdoista ja sen myöntämisestä päättäville valtion viranomaisille.

Edellä olevan perusteella on tarvittava lisärahoitus katsottu parhaaksi toteuttaa korottamalla kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta. Valtionosuuden käyttö ei kuitenkaan ole ennalta sidottu mihinkään määrättyyn tehtävään. Näin ollen valtionosuuden lisäys lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi ei automaattisesti johda siihen, että kunnat lisäisivät vastaavasti toiminnan rahoitusta. Lisärahoituksen kohdentaminen edellyttääkin, että on olemassa laskennallisesta rahoituksesta erillinen ohjausmekanismi, jolla voidaan varmistua siitä, että lasten ja nuorten mielenterveystyötä kehitetään toivotulla tavalla.

Kokemukset 1990-luvulta ovat osoittaneet, että suosituksilla tai muulla kuntia sitomattomalla ohjauksella ei useinkaan ole suurta vaikutusta kuntien toimintaan. Niinpä ohjausvaikutuksen saavuttaminen edellyttää oikeudellista sitovuutta.

Koska lasten ja nuorten mielenterveystyön kehittämistavoitteisiin pääsemistä ei voida varmistaa kuntia sitomattomalla ohjauksella ja saman aikaisesti lakitasoinen ohjaus on tarpeettoman raskasta, tulisi kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoitolakiin ja mielenterveyslakiin lisätä valtuutussäännökset, joiden perusteella valtioneuvosto voisi asetuksella täsmentää lainsäädännössä olevaa velvoitetta järjestää palveluja. Koska lainsäädännössä ei nykyisin ole myöskään selkeää säännöstä sosiaali- ja terveysministeriön mahdollisuudesta antaa toimintaa koskevia ohjeita, olisi myös yleisen ohjeidenantovaltuuden sisällyttäminen lainsäädäntöön tarkoituksenmukaista.

Palveluja tarvitsevien kannalta usein keskeinen ongelma on se, että mahdollisuus päästä palvelujen piiriin on erilaisten rajoitusten alainen. Palvelua ei joko ole lainkaan saatavissa tai sen saamista joutuu odottamaan kohtuuttoman pitkään. Mielenterveyspalveluissa esimerkiksi kiireellistä hoitoa tarvitsevat lapset ja nuoret joutuvat usein odottamaan hoitoon pääsyä useita kuukausia tai jopa yli vuoden. Tämä on mahdollista, koska hoitoon pääsyn kestosta ei ole mitään säännöksiä. Niin sairaan lapsen kuin hänen omaistensakin kannalta pitkä odottaminen on kohtuutonta.

Nyt käytettävissä olevilla keinoilla ei näihin pitkiin odotusaikoihin ole voitu puuttua. Tavoitteena tulisikin olla järjestelmä, jossa hoitoonpääsyaikoja voitaisiin tarvittaessa säännellä siten, että kunnan tulisi järjestää hoitopaikka ja hoito potilaan tarpeen mukaisessa ajassa. Tämä voitaisiin toteuttaa siten, että valtioneuvoston asetuksella voitaisiin tarvittaessa säätää enimmäisaika, jonka kuluessa hoito tulee järjestää. Tällainen valtioneuvoston asetukseen perustuva enimmäisaika hoitoon pääsylle mahdollistaisi selvästi nykyistä paremmin kunnan toiminnan asianmukaisuuden valvonnan ja antaisi mahdollisuudet puuttua palvelujen saatavuudessa oleviin ongelmiin.

Yksi merkittävä käytännön ongelma on se, että mielenterveystyötä tekevät eri tahot eivät ole riittävästi keskenään yhteistyössä. Tämä korostuu erityisesti tilanteissa, joissa potilaan hoitovastuu siirtyy paikasta toiseen tai hän muutoin käyttää useamman yksikön hoitopalveluja. Tällaisissa tilanteissa eri toimintayksiköiden välillä ei aina ole ollut riittävästi yhteistyötä. Tämän vuoksi olisi tarpeen säätää nimenomaisesti eri toimintayksiköiden välisestä yhteistyöstä. Yhteistyöstä säätäminen olisi tarkoituksenmukaisinta toteuttaa valtioneuvoston asetuksella.

3. Esityksen vaikutukset

3.1. Hammashoito

Taloudelliset vaikutukset

Toteutettavan muutoksen taloudelliset vaikutukset kunnalle riippuvat olennaisesti siitä, miten se on nyt järjestänyt hammashoidon. Jos kunta on järjestänyt hammashoidon ilman ikään perustuvia rajoituksia, ei muutoksella ole sille taloudellisia vaikutuksia. Niissä kunnissa, joissa hammashoito on järjestetty kansanterveysasetuksen nyt voimassa olevan 1 §:n mukaisesti rajattuna vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneille tai hoitoon pääsyä on rajoitettu vielä tätä enemmän, uudistus aiheuttaa lisäkustannuksia. Tällaisia kuntia ovat erityisesti monet suurimmista kaupungeista. Syntyvien lisäkustannusten määrä on olennaisesti riippuvainen siitä, miten paljon uusia potilaita hakeutuu terveyskeskukseen.

Koska sairausvakuutusjärjestelmän laajennus toteutetaan saman aikaisesti, ei merkittävää siirtymää tapahtune yksityisestä hammashoidosta kunnalliseen hammashoitoon. Uudistusta valmisteltaessa on arvioitu, että yksityissektorin potilaat jatkavat pääsääntöisesti aikaisemmin syntyneitä hoitosuhteita. Perusteena tälle olettamalle on muun muassa se, että kunnallisen ja yksityisen hoidon kustannusten ero nykyisen maksutason vallitessa pienenee potilaan näkökulmasta merkittävästi sen jälkeen kun hoitokuluihin voi saada sairausvakuutuskorvauksen. Tällaisessa tilanteessa ei siten ole merkittäviä taloudellisia paineita vakiintuneiden hoitosuhteiden katkaisemiseen. Sairausvakuutuksen laajennuksen kustannuslaskelmat on tehty myös sen mukaisesti, että yksityisen hammashoidon potilasmäärät eivät juurikaan muutu.

Kunnallisen hammashoidon potilasmäärien muutokset perustuvatkin pääosin siihen, että nyt kokonaan hoidon ulkopuolella olevia potilaita hakeutuu hoitoon. Näiden uusien potilaiden määrä ei ole ennakolta täsmällisesti selvitettävissä. Toteutuneen käytön perusteella voidaan kuitenkin esittää arvioita uusien käyttäjien määristä ja tästä aiheutuvista kustannuksista. Kunnallisen hammashoidon käyttötietoja on selvitetty edellä alajaksossa 1.1.

Koska ehdotetun uudistuksen tarkoituksena on turvata nyt kunnallisen hammashoidon ulkopuolella oleville mahdollisuus päästä myös terveyskeskuksen järjestämään hammashoitoon, kohdistuu mahdollinen toiminnan lisäys niihin ikäluokkiin, jotka nyt ovat hoidon ulkopuolella. Näitä ovat ensisijassa vuosina 1946—1955 syntyneet, osin myös tätä nuoremmat ikäluokat, sillä eräissä kaupungeissa jo 30 vuotta täyttäneiden mahdollisuutta päästä terveyskeskuksen hammashoitoon on rajoitettu.

Vuonna 1999 noin 30 prosenttia 19–43-vuotiaista kävi terveyskeskusten järjestämässä hammashoidossa. Kunnan järjestämisvelvollisuuden laajentuessa uusien ikäryhmien osuus jäänee hieman alemmaksi kuin mainittu 30 prosenttia. Perusteena tälle arviolle on, että huomattava osa kuntien laajentuvan järjestämisvelvollisuuden piiriin tulevista, vuosina 1946–1955 syntyneistä, on nyt yksityisen hammashuollon käyttäjiä, eikä ole odotettavissa, että yksityisestä hoidosta tapahtuisi merkittävässä määrin siirtymää kunnalliseen hammashoitoon. Niinpä voidaan arvioida, että niissä kunnissa, joissa vuosina 1946—1955 syntyneet eivät nyt ole päässeet säännönmukaisesti terveyskeskuksen järjestämään suun ja hampaiden hoitoon, terveyskeskusten hammashoitopalveluja tulee käyttämään noin 25 prosenttia tästä ikäluokasta sen jälkeen kun siihen tulee mahdollisuus. Tällöin käyttäjämäärä nousisi tässä ikäryhmässä, jonka suuruus oli vuoden 1999 lopussa 830 000 henkilöä, noin 218 000:een,

jolloin lisäystä nykyiseen olisi noin 110 000 potilasta.

Lisäksi terveyskeskusten hammashoidon kävijämäärät lisääntyisivät niissä kunnissa, jotka eivät ole järjestäneet hammashoitoa edes kansanterveysasetuksen tavoitteen mukaisesti vuonna 1956 tai sen jälkeen syntyneille. Tällaisia kuntia on reilut 40, ja niissä ennen vuotta 1956 syntyneistä vuosittain käy hoidossa keskimäärin 20 prosenttia ikäryhmästä. Jos tässä ikäryhmässä kävijöiden osuus nousisi noin 25 prosenttiin, lisääntyisi käyttäjämäärä noin 36 000:lla. Kokonaisuudessaan kunnallisen hammashoidon kävijämäärä kasvaisi uudistuksen myötä noin 146 000:lla asiakkaalla.

Vuonna 1998 terveyskeskusten hammashoidon kokonaiskustannukset olivat 267 markkaa käyntiä kohden. Kun tällöin 42-vuotta täyttäneillä oli yhteensä noin 800 000 käyntiä ja kävijämäärä oli noin 300 000, oli tämän ikäisillä kävijää kohden laskettu kustannus 848 markkaa. Kävijämäärän lisäys 146 000 henkilöllä merkitsisi tällöin noin 124 miljoonan markan vuotuisia lisäkustannuksia vuoden 1998 kustannustasossa. Vuoden 2001 kustannustasossa tämä olisi noin 133 miljoonaa markkaa ja kävijää kohden laskettu kustannus olisi noin 912 markkaa. Nämä lisäkustannukset kohdistuisivat erityisesti suurimpiin kaupunkeihin, sillä niissä mahdollisuutta päästä terveyskeskusten järjestämään hammashoitoon on rajoitettu eniten.

Laskelma lisäkustannuksista perustuu koko maan kustannus-, käynti- ja käyttäjätietoihin. Siinä ei ole otettu huomioon sitä, että hoidon kustannukset poikkeavat eri ikäisillä, sillä tietoa eri ikäryhmille järjestetyn hoidon kustannuseroista ei ole käytettävissä. Koska aikuisväestöllä hoidon tarve on pääsääntöisesti suurempi kuin lapsilla ja nuorilla, ovat aikuisten hoidon kustannukset jonkin verran keskimääräistä korkeammat. Laskelmassa ei toisaalta ole otettu huomioon sitä, että useimmissa hoidon laajuutta iän perusteella rajoittaneissa kunnissa terveyskeskusten järjestämän hammashoidon piiriin on tullut vuoden 1998 jälkeen vuosittain yksi uusi ikäluokka, koska hoitoon pääsy on sidottu syntymävuoteen. Tämä puolestaan pienentää uudistuksen vaikutusta kävijämäärän lisäykseen.

Koska kunnilla ei ole toiminnallisia valmiuksia toteuttaa ehdotettua laajennusta täysimääräisesti heti huhtikuun alusta 2001, ehdotetaan uudistuksen voimaantuloon vuoden 2001 loppuun kestävää siirtymäkautta siten, että 1 päivästä huhtikuuta 2001 hoito tulisi järjestää ainakin vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneille. Vuosina 1946–1955 syntyneille mahdollisuus päästä kunnalliseen hammashoitoon tulisi järjestää vuoden 2001 loppuun mennessä. Tällöin vuonna 2001 kustannuksia syntyisi ensisijassa hoitomahdollisuuksien laajentamisesta vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneisiin. Tällöin vuoden 2001 lisäkustannukset olisivat 75 % arvioiduista 56 miljoonan markan vuotuisista kustannuksista eli 42 miljoonaa markkaa.

Kunnille syntyvien lisäkustannusten vuoksi tulee myös valtionosuuksia lisätä. Uudistus aiheuttaisi edellä todetulla tavalla kokonaisuudessaan 147 miljoonan markan lisäkustannukset. Valtionosuus näistä lisäkustannuksista on 24,2 % eli yhteensä 36 miljoonaa markkaa. Koska vuodelle 2001 lasketut lisäkustannukset ovat 42 miljoonaa markkaa, on tälle vuodelle laskettu valtionosuuden lisäys 10 miljoonaa markkaa. Valtionosuuden määräytyessä laskennallisesti pääosin kunnan asukasluvun ja ikärakenteen perusteella, kohdistuu valtionosuuden lisäys kaikkiin kuntiin. Lisäys on tarkoitus toteuttaa korottamalla laskennallisessa valtionosuusjärjestelmässä terveydenhuollon 7–64-vuotiaiden laskennallisia kustannuksia 11 markalla asukasta kohden.

Vuonna 2001 uudistuksesta aiheutuisi kustannuksia seuraavasti:

Vuosi	uudet potilaat lukumäärä	lisäkustannukset kunnille, mmk	valtionosuus mmk	asiakasmaksut mmk	kuntien menojen nettolisäys mmk
2001	62 000	42	10	18	14

Vaikutukset eri kansalaisryhmien asemaan

Ehdotettu uudistus laajentaa kunnan velvollisuutta järjestää hammashoitoa kymmeneen uuteen ikäluokkaan. Näille ikäluokille tulee saman aikaisesti oikeus myös sairausvakuutuskorvaukseen. Koska kuntien järjestämisvelvollisuudesta ehdotetaan säädettäväksi myös aikaisempaa sitovammin, merkitsee tämä sitä, että kaikkien vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneiden mahdollisuus päästä kunnalliseen hammashoitoon paranee. Mainittuun ikäryhmään kuuluvilla hoitoon pääsyn ei enää vastaisuudessa pitäisi olla riippuvainen siitä, missä kunnassa hoitoa tarvitsevan kotipaikka on. Koska kunnilla edelleenkin on mahdollisuus päättää hoidon järjestämiseen liittyvistä yksityiskohdista ja hoidon laajuudesta, ei muutos kuitenkaan merkitse sitä, että kuntien väliset erot hoidon järjestämisessä poistuisivat kokonaisuudessaan. Näitä tulee myöhemminkin olemaan kuntien terveyspoliittisten ratkaisujen mukaisesti.

Erityisesti alle 19-vuotiaiden lasten ja nuorten terveyden edistämiseen ja hyvään ehkäisevään hoitoon perustuva suun terveydenhuolto on tarkoitus varmistaa myös vastaisuudessa, koska lapsuus- ja nuoruusiällä luodaan edellytykset aikuisiän hyvälle suun ja hampaiden terveydelle. Lasten ja nuorten hammashuollon asema on tarkoitus turvata ensisijassa kuntiin kohdistuvalla ohjauksella ja tarvittaessa kansanterveyslain muutettavaksi ehdotettavan 49 §:n perusteella annettavalla sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella, jossa voitaisiin määritellä erityisesti lasten ja nuorten hyvän hammashoidon kannalta tarpeelliset toimenpiteet.

Ehdotus ei vaikuta kuntien velvollisuuteen järjestää laitoshoidossa olevien henkilöiden hammashoitopalveluja. Kunnan järjestämään laitoshoitoon sisältyvät kaikki hoidettavan tarvitsemat terveyspalvelut hammashoito mukaan lukien. Kansanterveyslakiin nyt sisällytettävästä ikärajasta huolimatta kuntien tulee siten järjestää hammashoitopalvelut kunnallisessa laitoshoidossa oleville.

Ehdotetulla kansanterveyslain muutoksella säädettäisiin kunnan järjestämisvelvollisuuden laajuudesta. Tämä järjestämisvelvollisuuden laajennus ei kuitenkaan merkitse sitä, että kuntalaisille syntyisi erityinen subjektiivinen oikeus päästä kunnalliseen hammashoitoon. Sen vuoksi vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneillä henkilöillä ei olisi vastaisuudessakaan oikeutta saada kunnallista hammashoitoa vastoin potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 3 §:n 1 momentissa säädettyä voimavararajoitetta. Uudistus merkitsee kuitenkin, että järjestämisvelvollisuuden piirissä olevien kuntalaisten kesken ei saa soveltaa esimerkiksi perustuslain 6 §:n kanssa ristiriidassa olevia valintaperusteita.

Organisatoriset vaikutukset

Kunnallisen hammashoidon laajentaminen voidaan toteuttaa eri tavoin. Nykyisiä voimavaroja voidaan jossain määrin kohdentaa uudelleen. Kuitenkin hoidossa olevien määrän lisäys edellyttää, että terveyskeskusten käytössä on nykyistä enemmän hammaslääkäreiden ja muun henkilökunnan työpanosta. Tämä voidaan toteuttaa joko lisäämällä terveyskeskusten oman henkilökunnan määrää tai ostamalla palveluja yksityisiltä hammaslääkäreiltä.

Kuten edellä alajaksossa 3.1 todetaan, arvioidaan kunnallisen hammashoidon potilaiden määrän lisääntyvän vajaalla 150 000 henkilöllä. Jos terveyskeskukset eivät muuta nykyisiä toimintatapojaan, merkitsisi tämä laskennallisesti käytössä olevien henkilöstövoimavarojen lisäystarvetta noin 170 hammaslääkärin ja noin 270 muun hammashoidon henkilön työpanoksella. Nämä luvut ovat kuitenkin laskennallisia ja esimerkiksi parhaillaan käynnissä oleva suun terveydenhuollon kehittämisprojekti on osoittanut, että terveyskeskusten toiminnassa on uudistamismahdollisuuksia, joiden perusteella lisäystarve ei välttämättä ole edellä kuvatun suuruinen.

Tarvittava voimavarojen lisäys terveyskeskuksissa voidaan tehdä omaa henkilöstöä lisäämällä tai ostamalla palveluja muilta kunnilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Erityisesti monissa kaupungeissa olisi mitä ilmeisimmin mahdollista toteuttaa kunnallisen

hammashoidon laajennus ainakin osittain ostamalla palveluja yksityishammaslääkäreiltä. Tällöin voitaisiin monissa tapauksissa myös välttyä uusinvestoinneilta hammashoidon tiloihin ja välineistöihin.

3.2. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut

Taloudelliset vaikutukset

Esityksen tavoitteena on lisätä lasten ja nuorten mielenterveystyön rahoitusta yhteensä noin 100 miljoonalla markalla. Tämän perusteella kuntien valtionosuutta on ehdotettu lisättäväksi vuoden 2001 talousarviossa 25 miljoonalla markalla. Kuntien itsensä rahoitettavaksi jää tällöin 75 miljoonaa markkaa.

Esityksen perusteella annettavien valtuutussäännösten nojalla on tarkoitus antaa asetukset, joilla varmistettaisiin se, että kuntien mielenterveystyöhön kohdistama lisäpanostus on edellä todetun mukaisesti kokonaisuudessaan 100 miljoonaa markkaa. Hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsyyn asetettavan enimmäisajan arvioidaan lisäävän erikoissairaanhoidon kustannuksia enimmillään 25 miljoonalla markalla. Asetusluonnoksessa tarkoitettuihin avohoidon tukitoimiin olisi tarpeen sijoittaa samoin noin 25 miljoonaa markkaa. Lopun 50 miljoonaa markan käyttö määräytyisi ensisijassa sen perusteella, mitä kunnat ja kuntayhtymät sopivat alueellisesti mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi. Eräissä sairaanhoitopiireissä yhtenä erityisenä kehittämiskohteena on alaikäisten tahdosta riippumattoman hoidon järjestäminen.

Vaikutukset eri kansalaisryhmien asemaan

Esityksen keskeisenä tavoitteena on parantaa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja Määrittelemällä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoitoon pääsylle enimmäisajat voidaan varmistua siitä, että hoitoa tarvitseva ei joudu odottamaan kohtuuttoman pitkään terveydentilan edellyttämää hoitoa. Lisäksi eri hoitoyksiköiden välisen yhteistyön tehostaminen parantaa hoitopaikasta toiseen siirtyvän lapsen ja nuoren hoitokokonaisuuden toimivuutta.

4. Asian valmistelu

Esitys on valmisteltu virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriössä. Hammashoitoa koskevien muutosten valmistelussa on kuultu Suomen Kuntaliittoa, Suomen Hammaslääkäriliittoa ja Kansaneläkelaitosta. Mielenterveyspalveluja koskevien muutosten valmistelun yhteydessä on kuultu Suomen Kuntaliittoa.

5. Muut esitykseen vaikuttavat seikat

Saman aikaisesti esityksen kanssa on tarkoitus antaa eduskunnalle hallituksen esitys sairausvakuutuslain muuttamisesta siten, että vuonna 2001 korvausta voisivat saada vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneet. Vuoden 2002 lokakuun alusta korvausten piiriin on tarkoitus ottaa koko väestö. Sairausvakuutusjärjestelmän laajennus poistamalla iän mukaan määräytyvät korvausperusteet toteutettaisiin siten samassa aikataulussa ja samojen perusperusteiden mukaisesti kuin kunnallisen hammashoidon laajennus.

YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

1. Lakiehdotusten perustelut

1.1. Kansanterveyslaki

14 §. Pykälän ensimmäisessä momentissa säädetään kansanterveystyöhön kuuluvista kunnan tehtävistä. Pykälän 1 momentin 4 kohdan mukaan hammashoito tulee järjestää siinä laajuudessa kuin asetuksella säädetään. Säännöstä ehdotetaan muutettavaksi siten, että hammashoidon laajuuden sääntely sisällytetään suoraan lakiin, jolloin lainkohdasta poistetaan mahdollisuus säätää hammashoidon laajuudesta asetuksella. Ehdotuksen mukaan kunnan tulisi järjestää hammashoito ainakin vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneille sekä pään ja kaulan alueelle sädehoitoa saaneille.

Kuntien tulee nyt järjestää hoito ensisijassa vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneille. Ehdotuksen mukainen kunnan järjestämisvelvollisuuden sääntely edellyttäisi, että kunnilla ei jatkossa olisi mahdollisuutta tehdä ikään perustuvaa hoidon priorisointia vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneiden kesken. Tällöin kaikille säännöksen ikärajan piirissä oleville tulee järjestää hoito yhtäläisten terveydellisten perusteiden mukaisesti.

Säännöksessä todettaisiin edelleenkin erikseen valistus- ja ehkäisytoiminta sekä hampaiden tutkimus ja hoito. Erityisesti lasten ja nuorten kohdalla on tarpeen jatkossakin huolehtia siitä, että tarpeellinen valistus- ja ehkäisytoiminta tulee järjestetyksi asianmukaisesti, sillä tällä on suuri merkitys aikuisiän hammasterveyden kannalta. Lisäksi kunnallisessa laitoshoidossa olevien henkilöiden hammashoito kuuluu edelleenkin kunnan vastuulle osana laitoshoidon kokonaisuutta.

Ehdotettu kunnan järjestämisvelvollisuuden laajennus ei merkitse sitä, että kuntalaisille syntyisi erityinen subjektiivinen oikeus päästä kunnalliseen hammashoitoon, vaan järjestämisvelvollisuus määräytyisi syntymävuotta 1946 koskeva rajaus huomioon ottaen samojen periaatteiden mukaisesti kuin muussakin terveyskeskusten järjestämässä hoidossa.

49 §. Pykälän perusteella asetuksella voidaan antaa säännöksiä kansanterveyslain täytäntöönpanosta. Säännöstä ehdotetaan muutettavaksi siten, että asetuksenantovaltuus koskisi mielenterveystyön tarkempaa sisältöä ja järjestämistä sekä lain täytäntöönpanoa. Mielenterveystyö kattaa hoitopalvelujen lisäksi mielenterveysongelmia ehkäisevän toiminnan. Lisäksi ehdotetaan, että palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää hoitoon pääsyn enimmäisajoista mielenterveyspalveluissa.

Nykyisellään kansanterveyslaki on monin osin varsin yleisluontoinen, jolloin käytännön toiminnan järjestäminen jää pitkälti kunnan tai kuntayhtymän itsensä päätettäväksi. Vahva kunnallinen päätösvalta palvelujen järjestämisessä on perusteltua. Terveyskeskusten toiminta saattaa kuitenkin vaihdella esimerkiksi hoitoon pääsyajoissa niin paljon, että perustuslain takaama yhdenvertaisuusperiaate ei toteudu. Jotta tällaisissa tilanteissa terveyskeskusten toimintaa voitaisiin ohjata nykyistä paremmin, ehdotetaan lakiin lisättäväksi edellä todettu nykyistä laajempi asetuksenantovaltuus.

Ehdotettu asetuksenantovaltuus voisi tulla käytettäväksi esimerkiksi lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen kehittämiseksi siten, että hoitoon pääsylle asetettaisiin valtioneuvoston asetuksella enimmäisaika. Tällöin voitaisiin varmistaa se, että tarpeellista hoitoa ei joudu odottamaan niin pitkään, että sairaus ehtisi peruuttamattomasti pahentua jonotusaikana. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin lisäksi antaa tarvittaessa määräyksiä toiminnan sisällöstä ja järjestämisestä.

Pykälään ehdotetaan lisäksi otettavaksi säännös, jossa todetaan, että sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita kansanterveystyön sisällöstä. Useissa tapauksissa tarpeellinen ohjausvaikutus voitaisiin saavuttaa ministeriön ohjeilla, jotka eivät olisi kun-

tien ja kuntayhtymien toimintaa oikeudellisesti sitovia.

1.2. Erikoissairaanhoitolaki

59 §. Pykälän nojalla asetuksella voidaan antaa säännöksiä erikoissairaanhoitolain täytäntöönpanosta. Säännöstä ehdotetaan muutettavaksi samoin ja samoilla perusteilla kuin kansanterveyslain 49 §:ää siten, että asetuksenantovaltuus koskisi mielenterveyspalvelujen tarkempaa sisältöä ja järjestämistä sekä lain täytäntöönpanoa. Lisäksi palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voitaisiin ehdotuksen mukaan antaa säännöksiä siitä, mikä on hoitoon pääsyn enimmäisaika mielenterveyspalveluissa. Tämän ohella pykälään ehdotetaan otettavaksi säännös siitä, että sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita erikoissairaanhoidon sisällöstä.

1.3. Mielenterveyslaki

34 §. *Tarkemmat säännökset.* Pykälän perusteella asetuksella voidaan antaa säännöksiä mielenterveyslain täytäntöönpanosta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tarkempia määräyksiä ja ohjeita tahdosta riippumatta annettavan hoidon järjestämisestä. Ministeriön tulee myös vahvistaa lain perusteella annettavien lausuntojen ja päätösten kaavat.

Säännöstä ehdotetaan muutettavaksi samoin ja samoilla perusteilla kuin kansanterveyslain 49 §:ää ja erikoissairaanhoitolain 59 §:ää siten, että asetuksenantovaltuus koskisi mielenterveystyöhön kuuluvien toimintojen tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä lain täytäntöönpanosta. Lisäksi palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voitaisiin ehdotuksen mukaan antaa säännöksiä siitä, mikä on hoitoon pääsyn enimmäisaika mielenterveyslain mukaisissa palveluissa. Ehdotuksen mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä siitä, mikä on hoitoon pääsyn enimmäisaika mielenterveyslain perusteella järjestettävissä palveluissa. Lisäksi toiminnan sisällöstä ja järjestämisestä voitaisiin säätää valtioneuvoston asetuksella.

Tahdosta riippumatonta hoitoa ja kaavojen vahvistamista koskeviin säännöksiin ehdotetaan lisäksi tehtäväksi uudesta perustuslaista aiheutuvat muutokset siten, että sosiaali- ja terveysministeriön määräysten sijasta näistä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Tämän ohella pykälään ehdotetaan otettavaksi säännös, jossa todetaan, että sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita tahdosta riippumatta annettavan hoidon järjestämisestä sekä mielenterveyspalvelujen sisällöstä.

2. Tarkemmat säännökset

Ehdotuksen liitteenä on luonnos valtioneuvoston asetukseksi mielenterveysasetuksen muuttamiseksi siten, että siinä määriteltäisiin hoitolähetteen arvioinnin ja hoidon järjestämisen enimmäisajat, hoidon järjestämisestä potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen, avohoidon tukitoimista ja alueellisesta yhteistyöstä.

3. Voimaantulo

Esitys liittyy valtion vuoden 2001 talousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä. Lait ehdotetaan tuleviksi voimaan 1 päivänä tammikuuta 2001 hammashoidon laajentamista koskevaa kansanterveyslain 14 §:n muutosta lukuun ottamatta, joka on tarkoitettu tulemaan voimaan 1 päivänä huhtikuuta 2001. Hammashoidon laajennukseen ehdotetaan lisäksi siirtymäaikaa siten, että vuosina 1955–1946 syntyneille järjestettävä hammashoito tulee järjestää viimeistään vuoden 2001 loppuun mennessä.

4. Säätämisjärjestys

Esitykseen sisältyvissä kansanterveyslain 49 §:ssä, erikoissairaanhoitolain 59 §:ssä ja mielenterveyslain 34 §:ssä ehdotetaan annettavaksi valtuudet säätää valtioneuvoston asetuksella hoitoon pääsyn enimmäisajoista sekä toiminnan sisällöstä ja järjestämisestä mielenterveyspalveluissa.

Tarkoituksena on, että asetuksilla voitaisiin tarvittaessa täsmentää kunnan velvollisuudeksi kuuluvan kansanterveystyön sisältöä siten, että perustuslain 6 §:n mukainen yhden-

vertaisuus ja 19 §:n 3 momentin mukainen oikeus riittäviin terveyspalveluihin tulisivat turvatuksi.

Ehdotettujen valtuutussäännösten perusteella annettavilla asetuksilla ei säädettäisi yksilön oikeuksien perusteista, vaan kuntien lakisääteisten velvoitteiden vähimmäistasosta eräissä tapauksissa. Sen vuoksi hoidon enimmäisajoista ja sisällöstä voidaan ehdotetulla tavalla säätää asetuksella perustuslain 80 §:n 1 momentin perusteella.

Perustuslain 121 §:n 2 momentissa säädetään, että kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Esityksen perusteella kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoitolakiin ja mielenterveyslakiin lisättävien valtuutussäännösten perusteella ei voisi säätää uusia tehtäviä kunnille, vaan ainoastaan täsmentää niiden tehtäväksi kansanterveyslailla, erikoissairaanhoitolailla ja mielenterveyslailla säädetyn velvoitteen sisältöä siten, että väestön yhdenvertaisuus toteutuisi. Sen vuoksi esitys voidaan hallituksen käsityksen mukaan säätää normaalissa järjestyksessä. Koska perustuslaissa oleva maininta kuntien tehtävistä ei kuitenkaan ole täysin yksiselitteinen, olisi esityksestä tarpeen pyytää perustuslakivaliokunnan lausunto.

Edellä esitetyn perusteella annetaan Eduskunnan hyväksyttäviksi seuraavat lakiehdotukset:

Lakiehdotukset

1.

Laki

kansanterveyslain 14 ja 49 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

muutetaan 28 päivänä tammikuuta 1972 annetun kansanterveyslain (66/1972) 14 §:n 1 momentin 4 kohta ja 49 §, näistä 14 §:n 1 momentin 4 kohta sellaisena kuin se on laissa 746/1992, seuraavasti:

14 §

Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee:

— — — — — — — — — — — — — — — — —

4) ylläpitää hammashuoltoa, johon luetaan valistus- ja ehkäisytoiminta sekä kunnan asukkaiden hampaiden tutkimus ja hoito; hampaiden tutkimus ja hoito tulee järjestää ainakin vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneille sekä pään ja kaulan alueelle sädehoitoa saaneille;

— — — — — — — — — — — — — — — — —

49 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kansanterveystyöhön kuuluvan mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan lisäksi antaa säännöksiä siitä, mikä on hoitoon pääsyn enimmäisaika mielenterveyspalveluissa.

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

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 . Lain 14 §:n 1 momentin 4 kohta tulee kuitenkin voimaan 1 päivänä huhtikuuta 2001. Kunta ja kansanterveystyön kuntayhtymä voi kuitenkin päättää 14 §:n 1 momentin 4 kohdasta poiketen, että vuosina 1946–1955 syntyneiden hammashoito järjestetään vuoden 2001 loppuun mennessä.

Ennen lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

2.

Laki

erikoissairaanhoitolain 59 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti muutetaan 1 päivänä joulukuuta 1989 annetun erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 59 § seuraavasti:

59 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan lisäksi antaa säännöksiä siitä, mikä on hoitoon pääsyn enimmäisaika mielenterveyspalveluissa.

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

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Ennen lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

3.

Laki

mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti muutetaan 14 päivänä joulukuuta 1990 annetun mielenterveyslain (1116/1990) 34 §, sellaisena kuin se on osittain laissa 1435/1991, seuraavasti:

34 §

Tarkemmat säännökset

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Valtioneuvoston asetuksella voidaan lisäksi mielenterveyspalvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi antaa säännöksiä siitä, mikä on hoitoon pääsyn enimmäisaika tämän lain perusteella järjestettävissä palveluissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella annetaan tarvittaessa säännöksiä tahdosta riippumatta annettavan hoidon järjestämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella vahvistetaan tässä laissa tarkoitetuissa lausunnoissa ja päätöksissä käsiteltävien lomakkeiden kaavat. Sosiaali- ja terveysministeriö voi lisäksi antaa ohjeita tahdosta riippumatta annettavan hoidon järjestämisestä sekä mielenterveyspalvelujen sisällöstä ja järjestämisestä.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Ennen lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

Helsingissä 6 päivänä lokakuuta 2000

Tasavallan Presidentti

TARJA HALONEN

Peruspalveluministeri *Osmo Soininvaara*

Liite
Rinnakkaistekstit

1.

Laki

kansanterveyslain 14 ja 49 §:n muuttamisesta

Annettu Helsingissä päivänä kuuta 200

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

muutetaan 28 päivänä tammikuuta 1972 annetun kansanterveyslain (66/1972) 14 §:n 1 momentin 4 kohta ja 49 §, näistä 14 §:n 1 momentin 4 kohta sellaisena kuin se on laissa 746/1992, seuraavasti:

Voimassa oleva laki	*Ehdotus*
14 §	14 §
Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee:	Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee:
— — — — — — — — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — — — — — — — —
4) ylläpitää hammashuoltoa, johon luetaan valistus- ja ehkäisytoiminta sekä kunnan asukkaiden hampaiden tutkimus ja hoito siinä laajuudessa kuin asetuksella tarkemmin säädetään;	4) ylläpitää hammashuoltoa, johon luetaan valistus- ja ehkäisytoiminta sekä kunnan asukkaiden hampaiden tutkimus ja hoito; *hampaiden tutkimus ja hoito tulee järjestää ainakin vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneille sekä pään ja kaulan alueelle sädehoitoa saaneille;*
— — — — — — — — — — — — — — — — — — — —	— — — — — — — — — — — — — — — — — — — —
49 §	49 §
Tarkempia määräyksiä tämän lain täytäntöönpanosta annetaan asetuksella.	*Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä kansanterveystyöhön kuuluvan mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan lisäksi antaa säännöksiä siitä, mikä on hoitoon pääsyn enimmäisaika mielenterveyspalveluissa.*
	Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa ohjeita kansanterveystyön sisällöstä ja järjestämisestä.
	— — —
	Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 . Lain 14 §:n 1 momentin 4 kohta tulee kuitenkin voimaan 1 päivänä huhtikuuta 2001. Kunta ja kansanterveystyön kuntayhtymä voi kuitenkin päättää 14 §:n 1 momentin 4 kohdasta poiketen, että vuosina 1946–1955 syntyneiden hammashoito järjestetään

Voimassa oleva laki

Ehdotus

vuoden 2001 loppuun mennessä.

Ennen lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

2.

Laki

erikoissairaanhoitolain 59 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti muutetaan 1 päivänä joulukuuta 1989 annetun erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 59 § seuraavasti:

Voimassa oleva laki

59 §

Tarkempia säännöksiä tämän lain soveltamisesta annetaan asetuksella.

Ehdotus

59 §

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Palvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi valtioneuvoston asetuksella voidaan lisäksi antaa säännöksiä siitä, mikä on hoitoon pääsyn enimmäisaika mielenterveyspalveluissa.

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

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Ennen lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

3.

Laki

mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti muutetaan 14 päivänä joulukuuta 1990 annetun mielenterveyslain (1116/1990) 34 §, sellaisena kuin se on osittain muutettuna lailla 1435/1991, seuraavasti:

Voimassa oleva laki

34 §

Tarkemmat säännökset ja määräykset

Tarkemmat säännökset tämän lain täytäntöönpanosta annetaan asetuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriö antaa tarvittaessa tarkempia määräyksiä ja ohjeita tahdosta riippumatta annettavan hoidon järjestämisessä.

Sosiaali- ja terveysministeriö vahvistaa tarvittaessa tässä laissa tarkoitetuissa lausunnoissa ja päätöksissä käsiteltävien lomakkeiden kaavat.

Ehdotus

34 §

Tarkemmat säännökset

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä sekä tämän lain täytäntöönpanosta. Valtioneuvoston asetuksella voidaan lisäksi mielenterveyspalvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi antaa säännöksiä siitä, mikä on hoitoon pääsyn enimmäisaika tämän lain perusteella järjestettävissä palveluissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella annetaan tarvittaessa säännöksiä tahdosta riippumatta annettavan hoidon järjestämisestä. *Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella vahvistetaan* tässä laissa tarkoitetuissa lausunnoissa ja päätöksissä käsiteltävien lomakkeiden kaavat. *Sosiaali- ja terveysministeriö voi lisäksi antaa ohjeita tahdosta riippumatta annettavan hoidon järjestämisestä sekä mielenterveyspalvelujen sisällöstä ja järjestämisestä.*

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Ennen lain voimaantuloa voidaan ryhtyä lain täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

Luonnos

Liite

Valtioneuvoston asetus

mielenterveysasetuksen muuttamisesta

Valtioneuvoston päätöksen mukaisesti, joka on tehty sosiaali- ja terveysministeriön esittelystä,

lisätään 21 päivänä joulukuuta 1990 annettuun mielenterveysasetukseen (1247/1990) uusi 2 b luku seuraavasti:

2 b luku

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut

6 a §

Hoitolähetteen arvioinnin ja hoidon järjestämisen enimmäisajat

Lääkärin tehtyä lapsen tai nuoren henkilön mielenterveysongelmien vuoksi lähetteen erikoissairaanhoitoon hoidon tarpeen selvittämiseksi, on arvio hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä tehtävä arvioinnin kiireellisyys huomioon ottaen viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta sairaalaan, jollei erityisistä syistä muuta johdu. Tehdyn selvityksen perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen viimeistään kolmen kuukauden kuluessa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

6 b §

Hoitoyksiköiden yhteistyö

Lapsen tai nuoren käyttäessä mielenterveyspalveluja, tulee hoitavan yksikön huolehtia, potilaan huoltajan tai muun laillisen edustajan suostumuksella taikka jos potilas ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee itse päättämään hoidostaan, hänen suostumuksellaan, että potilaan hoidon siirtyessä uuteen yksikköön, tällä uudella yksiköllä on käytettävissään jatkohoidon toteuttamisen kannalta kaikki tarpeelliset tiedot.

6 c §

Avohoidon tukitoimet

Kunnan on huolehdittava, että lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden avohoidossa on käytettävissä tarpeelliset ja riittävät tukitoimet kotona selviytymisen mahdollistamiseksi.

6 d §

Alueellinen yhteistyö

Mielenterveyslain 5 §:ssä tarkoitetun toiminnallisen kokonaisuuden muodostamiseksi lasten ja nuorten mielenterveystyössä tulee sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien sopia alueellisesta työnjaosta ja sen toteuttamisesta. Lisäksi terveyskeskusta ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymän tulee järjestää vähintään kerran vuodessa yhteistyökokous, johon kutsutaan kunnan tai kuntayhtymän alueella lasten ja nuorten mielenterveystyötä tekevät tahot, myös yksityiset yhteisöt ja palveluntuottajat. Kokous voidaan

järjestää myös useamman kunnan tai kuntayhtymän yhteistyönä. Kuntien ja kuntayhtymien edustajien tulee sopia kokouksessa kunnallisen lasten ja nuorten mielenterveystyön tavoitteista ja käytännön työnjaosta alueella. Lisäksi kokouksessa voidaan sopia siitä, miten yksityiset tahot voivat olla mukana yhteistyössä. Lääninhallituksen tulee lisäksi järjestää vuosittain lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen työnjaon kehittämiseksi alueelliset yhteistyökokoukset.

Tämä asetus tulee voimaan päivänä kuuta 20 .

Ennen asetuksen voimaantuloa voidaan ryhtyä asetuksen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.