

Ilina Lammi

SAKKOMAKSUN KÄYTTÖÖNOTON VAIKUTUKSET  
PSYKIATRIAN AVOHOIDOSSA

Liiketalouden koulutusohjelma  
2019

# SAKKOMAKSUN KÄYTTÖÖNOTON VAIKUTUKSET PSYKIATRIAN AVOHOIDOSSA

Lammi, Iina  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Liiketalouden koulutusohjelma  
Marraskuu 2019  
Ohjaaja: Moisio, Hanna  
Sivumäärä: 40  
Liitteitä: 2

Asiasanat: palvelumaksut, terveydenhuolto, sairaanhoitopiirit

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, miten ns. sakkomaksun käyttöönotto vaikutti peruuttamatta ja käyttämättä jääneiden vastaanottokäyntien määrään Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian avohoidossa. Sakkomaksu laskutetaan potilaalta, joka ei ole saapunut sovituille vastaanottoajalleen eikä myöskään ole peruuttanut sitä. Sakkomaksulaskua ei kuitenkaan lähetetä, mikäli potilaan poisjäänti vastaanotolta johtuu hänen sairaudestaan tai alentuneesta toimintakyvystään tai hänellä on muu hyväksyttävä syy poisjääntiin. Sakkomaksut otettiin käyttöön ko. sairaanhoitopiirin psykiatrian avohoidossa maaliskuussa 2016. Alkuvuodesta 2016 aloitettiin myös lähestyvää vastaanottoaikaa koskevien tekstiviestimuistutusten lähettäminen potilaille.

Opinnäytetyön teoriaosassa käytiin läpi terveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä, suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää sekä terveydenhuollon asiakasmaksuja, ml. peruuttamatta ja käyttämättä jääneestä ajasta laskutettavia sakkomaksuja. Empiriaosassa käsiteltiin opinnäytetyön tulokset eli peruuttamatta ja käyttämättä jääneiden vastaanottoaikojen kehitys vuosina 2015-2018 Satakunnan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian avohoidossa kokonaisuutena sekä sen valikoiduissa yksiköissä.

Tuloksista ilmeni, että peruuttamatta ja käyttämättä jääneiden vastaanottoaikojen määrä on laskenut vuonna 2016 tehtyjen muutosten jälkeen, kun tarkasteltiin aikuispsykiatrian avohoitoa kokonaisuudessaan. Yksikkökohtaisia tilastoja analysoitiin aikuispsykiatrian poliklinikoilta, tehostetun avohoidon yksiköstä sekä yleissairaala- ja päihdepsykiatrian poliklinikoilta. Näissä luvuissa esiintyi vaihtelua. Maksettujen sakkomaksujen osalta selvisi, että niitä oli maksettu vain muutamasta prosentista peruuttamatta ja käyttämättä jääneitä käyntejä. Valtaosassa tapauksista potilaan toimintakyvyn oli siis arvioitu heikentyneen siinä määrin, että sakkomaksua ei laskutettu.

# THE EFFECTS OF IMPLEMENTATION OF PENALTY CHARGE ON PSYCHIATRIC OUTPATIENT CARE

Lammi, Iina

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Business Administration

November 2019

Supervisor: Moisio, Hanna

Number of pages: 40

Appendices: 2

Keywords: service fees, public health service, hospital districts

---

The purpose of this thesis was to survey the effects of implementation of penalty charge on a psychiatric outpatient care of Satakunta hospital district. A patient is invoiced a penalty charge if he or she misses an appointment without cancelling it. However, that isn't a case if a patient has an acceptable reason for missing an appointment like a reduced ability to function or another illness-related situation. The implementation of penalty charge took place in March 2016. Reminders of oncoming appointment via SMS were launched in early 2016 as well.

The legislation of public health care, Finnish public health care system and client charges regarding it were described briefly in this thesis. Client charges include the penalty charge of a missed appointment. The results of this thesis were presented regarding both psychiatric outpatient care altogether and selected units of it. The analysis covered years from 2015 to 2018.

According to the findings, the quantity of missed appointments was reduced due to changes made in the beginning of 2016 if considered psychiatric outpatient care in total. In individual units the results varied. The annual amounts of penalty charge income showed that only few per cents of missed appointments led to penalty charge. In majority of cases the patient was considered to have a reduced ability to function.

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	7
2.1	Opinnäytetyöongelma ja aiheen rajaus .....	7
2.2	Tutkimusmenetelmä ja sen luotettavuus.....	7
2.3	Opinnäytetyössä käytetty aineisto.....	9
3	TERVEYDENHUOLTO.....	10
3.1	Terveystenhoiltoa ohjaava lainsäädäntö .....	10
3.2	Porrastus perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon.....	12
3.3	Sairaanhoidopiirit vastaavat erikoissairaanhoidosta.....	13
3.4	Terveystenhoillon monikanavainen rahoitus .....	14
3.5	Mielenterveyspalveluiden järjestäminen .....	15
3.6	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistushankkeet.....	17
4	TERVEYDENHUOLLON ASIAKASMAKSUT .....	18
4.1	Asiakasmaksuja ohjaava lainsäädäntö .....	18
4.2	Potilaiden asiakasmaksurasituksen pienentäminen.....	20
4.3	Peruuttamatta jätetystä ajasta perittävä sakkomaksu .....	22
5	SAKKOMAKSU SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRISÄ.....	23
5.1	Satakunnan sairaanhoidopiirin organisaatio .....	23
5.2	Sakkomaksujen käyttöönotto psykiatrisessa avohoidossa.....	25
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	27
6.1	E-käynnit aikuispsykiatrialla .....	28
6.2	E-käynnit psykiatrisen poliklinikoilla .....	29
6.3	E-käynnit tehostetun avohoidon yksikössä.....	31
6.4	E-käynnit yleissairaala- ja päihdepsykiatrisen poliklinikoilla.....	32
6.5	Maksetut sakkomaksut.....	33
7	YHTEENVETO .....	33
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Julkishallinnon opinnäytetyöni käsittelee terveydenhuollon asiakasmaksuja sekä erityisesti ns. sakkomaksuja. Sakkomaksu laskutetaan potilaalta, joka ei ole saapunut sovittulle vastaanottoajalleen eikä myöskään ole peruuttanut sitä.

Tässä opinnäytetyössä tarkastelen sakkomaksuja erityisesti psykiatrian erikoisalan näkökulmasta. Taustalla on vuonna 2016 tehty muutos Satakunnan sairaanhoitopiirin asiakasmaksukäytäntöihin. Tuolloin sairaanhoitopiiri otti sakkomaksut käyttöön myös psykiatrian avohoidossa, kun aiemmin niitä oli peritty vain somaattisen (ruumiillisten sairauksien) hoidon ja tutkimusten avohoitokäynneistä. Sakkomaksujen käyttöönotto valikoitui opinnäytetyöni aiheeksi, koska siitä käytiin aikanaan vilkasta keskustelua. Nyt, kolme vuotta myöhemmin, on mahdollisuus tarkastella päätöksen konkreettisia tuloksia tilastotietojen avulla.

Satakunnan sairaanhoitopiiri otti käyttöön Satasairaala-brändin vuoden 2018 lopulla (Satakunnan sairaanhoitopiirin tilinpäätös 2018, 5; Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2019). Tässä opinnäytetyössä käytetään kuitenkin Satakunnan sairaanhoitopiiri -termiä, jotta yhteys lainsäädäntöön säilyy loogisena. Lisäksi tässä työssä terveydenhuollon asiakkaasta käytetään nimitystä *potilas*, vaikka lainsäädännössä käytetään nimitystä sosiaali- ja terveydenhuollon *asiakas*. Termi *potilas* viittaa kuitenkin selkeämmin juuri terveydenhuollon asiakkaaseen. Käytettävistä termeistä on keskusteltu myös opinnäytetyön yhteyshenkilön, Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian avohoidon ylihoitajan Kristiina Puolakan kanssa.

Tämän opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi on valittu terveydenhuolto, terveydenhuollon asiakasmaksut (palvelumaksut) ja sairaanhoitopiirit. FINTO-asiasanaston mukaan suositeltava termi *asiakasmaksuille* myös julkishallinnossa on *palvelumaksut*. Maksut kuitenkin perustuvat asiakasmaksulakiin ja myös Satakunnan sairaanhoitopiiri käyttää samaa termiä. Ns. sakkomaksuja käsitellään osana asiakasmaksuja, vaikka ne onkin nostettu tämän opinnäytetyön päteemaksi. Sakkomaksuja koskeva lainsäädäntö sekä maksun suuruuden määrittely on kuitenkin kiinteässä yhteydessä muihin terveydenhuollon asiakasmaksuihin.

Ns. sakkomaksujen vaikutuksesta käyttämättä ja peruuttamatta jääneisiin vastaanotto-aikoihin on tehty niukasti, jos lainkaan, tutkimuksia. Sakkomaksun päätarkoitus on kuitenkin vähentää ”tyhjäkäyntiä” terveydenhuollon avohoidossa, mistä voidaan tehdä päätelmä, että sakkomaksukäytännön aloittaminen vähentäisi käyttämättä ja peruuttamatta jätettyjä aikoja. Asia ei kuitenkaan ole näin yksinkertainen, sillä käynniltä pois jääminen voi johtua esimerkiksi potilaan heikentyneestä toimintakyvystä hänen sairauteensa liittyen.

Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan peruuttamatta ja käyttämättä jääneiden käyntien määrän kehitystä sakkomaksujen käyttöönoton jälkeen sekä myös sitä, kuinka suuresta osasta näitä käyntejä on maksettu sakkomaksu. Aluksi käsitellään opinnäytetyön aiheen ja opinnäytetyöongelman valintaa, tutkimusmenetelmää sekä työssä käytettyä aineistoa. Tämän jälkeen käydään läpi suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää, mielenterveyspalveluiden järjestämistä ja terveydenhuollon asiakasmaksuja (ml. sakkomaksuja) luvuissa kolme ja neljä. Satakunnan sairaanhoitopiiriä ja sakkomaksujen käyttöönottoa käsitellään luvussa viisi, minkä jälkeen tutkimustulokset esitetään luvussa kuusi. Tulosten merkitystä ja opinnäytetyöprosessia pohditaan viimeisessä luvussa.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 2.1 Opinnäytetyöongelma ja aiheen rajausta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa, millä tavoin sakkomaksun käyttöönotto on vaikuttanut peruuttamatta ja käyttämättä jääneiden vastaanottoaikojen määriin Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisessa avohoidossa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten sakkomaksujen käyttöönotto on vaikuttanut peruuttamatta ja käyttämättä jätettyjen vastaanottoaikojen määriin?
2. Kuinka suuresta osasta peruuttamattomia ja käyttämättömiä aikoja ei lähetetä sakkomaksua potilaan terveydentilan tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi?
3. Millaiset ohjeet psykiatrian avohoidon yksiköissä on siitä, missä tapauksissa sakkomaksua ei laskuteta?

Psykiatrian avohoidon sakkomaksun käyttöönoton yhteydessä Satakunnan sairaanhoitopiirissä otettiin käyttöön myös tekstiviestimuistutukset lähestyvistä vastaanottoajasta (Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallituksen pöytäkirja 25.1.2016, 5 §). Tällä on todennäköisesti ollut myös vaikutusta käyttämättä ja peruuttamatta jätettyjen vastaanottoaikojen määriin, mutta tekstiviestimuistutusten käyttöönottoa ei kuitenkaan lähemmin tarkastella tässä opinnäytetyössä. Toisaalta tilastoista ei voida myöskään päätellä, mikä osuus peruuttamatta ja käyttämättä jääneiden aikojen määrissä tapahtuneista muutoksista on johtunut juuri sakkomaksujen tai tekstiviestimuistutusten käyttöönotosta ja mitkä muut tekijät ovat mahdollisesti vaikuttaneet tilastoihin. Näitä muita mahdollisia tekijöitä pohditaan luvussa seitsemän.

### 2.2 Tutkimusmenetelmä ja sen luotettavuus

Koska tarkoituksena oli kartoittaa Satakunnan sairaanhoitopiirissä tehtyjen muutosten vaikutusta, analysoinnin kohteeksi valittiin sairaanhoitopiirin käyttämättä ja peruuttamatta jätettyjä vastaanottoaikoja sekä maksettuja sakkomaksuja koskevat tilastot. Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa harkinnassa oli kysely yksiköiden esimiehille tai

koko potilasvastaanottoja pitävälle henkilökunnalle. Kyselyssä olisi selvitetty, millaisia ohjeita ja käytäntöjä yksiköissä oli koskien käyntien tilastointia ja sakkomaksujen toimeenpanoa. Tämä ei kuitenkaan ollut tarpeen, koska psykiatrian avohoidon yksiköissä on käytössä kirjallinen ohjeistus siitä, missä tapauksissa sakkomaksu laskutetaan potilaalta (Puolakka 2019, henkilökohtainen tiedonanto 8.2.2019).

Valmiin aineiston hyödyntäminen on tässä opinnäytetyössä tarkoituksenmukaista, koska tarkoituksena on tehdä yksikkö- ja vuosikohtaista vertailua käyttämättä ja peruuttamatta jätettyjen vastaanottokäyntien määrissä. Analysointi kohdistuu aiempiin vuosiin (2015-2018), joista Satakunnan sairaanhoitopiirillä oli olemassa tilastoidut luvut.

Valmiita aineistoja joudutaan usein muokkaamaan, jotta ne vastaavat tutkimuksen tarpeita. Valmiiden tilastojen luotettavuus on tarkistettava ja niissä käytetyt rajaukset on selvitettävä. Laitosten nk. perusrekisterit ovat monesti hyödyllisiä, kun tavoitteena on seurata ajallisia muutoksia. Ne voidaan yleensä myös koota tarpeenmukaisin rajauksin. Tällaisten aineistojen käyttöön on saatava lupa. Toisinaan valmiista aineistosta joudutaan tekemään lisäkysymyksiä lähdeorganisaatiolta tietojen täydentämiseksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 186-187, 189, 222.)

Tätä opinnäytetyötä varten Satakunnan sairaanhoitopiiriltä saatiin tietyin kriteerein räätälöityjä tilastoja. Rajauskriteereinä olivat mm. psykiatria, avohoito sekä aika (vuodet 2015-2018). Näitä tilastoja jouduttiin silti muokkaamaan analysointia varten rajamalla ulkopuolelle yksiköitä, joiden mukaan ottaminen ei olisi ollut mielekäästä tulosten yleistettävyyden kannalta. Analysoitavia yksiköitä valittaessa tiedustelin sairaanhoitopiirin yhteyshenkilön, ylihoitaja Puolakan mielipidettä sekä kysyin lisätietoja mm. siitä, millaisia muutoksia organisaatiossa oli tapahtunut analyysin kohteena olevina vuosina. Esimerkkinä psykiatrian organisaatiossa tapahtuneesta muutoksesta on Rauman kuntoutumisyksikön siirto sairaanhoitopiiriltä Rauman kaupungin organisaatioon vuonna 2016.

Opinnäytetyön tilastoihin perustuvasta aineistosta johtuen tutkimusmenetelmä on pääasiassa kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Koska tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa peruuttamatta ja käyttämättä jääneissä vastaanottokäynneissä (ns.



E-käynneissä) tapahtuneita muutoksia sekä niiden mahdollista yleistettävyyttä, tässä opinnäytetyössä analysoidaan E-käyntimääriä eri vuosina tietyissä psykiatrian avohoidon yksiköissä. Lisäksi analysoidaan vuosittaisia E-käyntimääriä koko Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisessa avohoidossa. Näissä luvuissa ovat mukana myös yksikkökohtaisen analyysin ulkopuolelle jätetyt yksiköt.

Kvantitatiivinen menetelmä edellyttää riittävän laajaa otosta, jotta tulokset olisivat luotettavia (Heikkilä 2014, 15). Tämän vuoksi yksikkökohtaiseen tarkasteluun analysoitaviksi valittiin vain yksiköitä, joissa E-käyntejä oli analysointivuosina riittävästi (n. 100 E-käyntiä vuosittain). Analysoinnin ulkopuolelle rajattiin myös päiväosastot, sillä päiväosastoilla käytännöt käyntien tilastoimisen suhteen ovat vaihdelleet sekä eri päiväosastojen välillä että yksikönsisäisesti eri aikoina (Puolakka 2019, henkilökohmainen tiedonanto 22.9.2019). Päiväosastot sekä muut yksikkökohtaisen tarkastelun ulkopuolelle jätetyt yksiköt ovat kuitenkin mukana koko Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrista avohoittoa koskevassa analyysissä.

### 2.3 Opinnäytetyössä käytetty aineisto

Opinnäytetyön pääasiallinen data, tilastot sakkomaksun käyttöönottoon liittyen, saatiin Satakunnan sairaanhoitopiiriltä. Sairaanhoitopiirin tilastoja analysoitiin vertailuvuodelta 2015 sekä sakkomaksun käyttöönottovuodelta 2016 ja seurantavuosilta 2017 ja 2018. Saatu aineisto säilytettiin SAMKIn pilvitallennustilassa ja hävitettiin, kun opinnäytetyö oli hyväksytty. Joitakin tietoja saatiin myös Satakunnan sairaanhoitopiirin ulkoisilta www-sivuilta.

Sairaanhoitopiiriltä saatu data käsitti psykiatrian avohoidon E-käynnit eli käyttämättä ja peruuttamatta jääneet vastaanottoajat, jotka saatiin ylihoitaja Puolakalta sähköpostilla 11.4.2019. Samassa viestissä oli psykiatrian avohoidossa kyseisellä hetkellä voimassa ollut ohjeistus sakkomaksun toimeenpanosta. Ylihoitaja Puolakka lähetti sähköpostilla 10.4.2019 myös kuntalaskutettujen avohoitokäyntien lukumäärän analysointivuosilta sekä laskutettujen sakkomaksujen tuotot. Tässä viestissä oli lueteltu myös sakkomaksujen suuruudet eri vuosina.

### 3 TERVEYDENHUOLTO

Terveydenhuollolla tarkoitetaan Suomessa useimmiten julkisen sektorin järjestämiä terveystalvueluita. Usein sosiaali- ja terveydenhuolto niputetaan käsitteinä yhteen, sillä niiden välille on vaikeaa tehdä selkeää rajanvetoa. Yhtenä syynä tähän on se, että sosiaali- ja terveydenhuollon kesken tehdään paljon yhteistyötä. Monissa kunnissa onkin päädytty yhdistämään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut hallintoa myöten esimerkiksi perusturvapalveluiden toimialaksi. Terveydenhuollon palveluiden lähtökohtana on ns. universaalius eli ne on suunnattu kaikille, jotka niitä tarvitsevat. (Rissanen & Lammintakanen 2017, 24-26.)

Terveydenhuollot ovat jakautuneet Suomessa julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin (ts. erilaisten järjestöjen) tarjoamiin palveluihin. Erityisesti palveluiden käyttäjille niiden erottaminen toisistaan on toisinaan vaikeaa, sillä julkinen sektori tekee runsaasti yhteistyötä yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Yhteistyö voi toteutua esimerkiksi ostopalveluina tai palvelusetelijärjestelmän avulla. Potilaan hakeutuessa yksityisten terveystalvueluiden piiriin oma-aloitteisesti (ilman julkisen terveydenhuollon organisaation tarjoamaa palveluseteliä) tutkimus- ja hoitokustannuksia korvataan osittain julkisesta sairausvakuutuksesta (ns. Kela-korvaus). Lisäksi työssäkäyvillä on mahdollisuus erilaisiin työterveydenhuollon palveluihin riippuen siitä, millainen työterveydenhuollon sopimus työnantajalla on. Myös työterveydenhuollon kustannuksista Kela korvaa osan työnantajalle. (Niemelä & Saarinen 2015, 14, 20.)

#### 3.1 Terveydenhuoltoa ohjaava lainsäädäntö

Kuntien terveydenhuollon järjestämistä ohjataan valtiojohtoisesti ns. normiohjauksella, kuten lainsäädännöllä. Sosiaali- ja terveystalvueluiden järjestämisvastuussa on nykyisen lainsäädännön mukaan kunta, joka voi tuottaa palvelut itse tai yhdessä muiden toimijoiden kanssa, tarjota palveluita tarvitsevalle kuntalaiselle palvelusetelin yksityisen tai kolmannen sektorin palveluita varten tai ulkoistaa palvelut. Ulkoistamiseen ei poista kunnan vastuuta palveluiden järjestämisestä tai valvonnasta. (Lammintakanen & Rissanen 2017, 53; Niemelä & Saarinen 2015, 14.)

Terveydenhuollon toimintaa säädellään terveydenhuoltolailla. Terveydenhuollolla käsitteenä viitataan myös terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, jota toteutetaan esimerkiksi erilaisilla terveystarkastuksilla sekä seulonnoilla, kuten naisten rintasyövän seulonta mammografialla. Terveydenhuoltolain tavoitteena on mm. ylläpitää ja edistää terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä väestötasolla, kaventaa terveyseroja väestöryhmien välillä sekä tukea terveyspalveluiden yhdenvertaisuutta saatavuuden, laadun ja potilasturvallisuuden suhteen. Terveydenhuoltolaissa painotetaan myös terveydenhuollon asiakaskeksisyyttä sekä yhteistyötä eri toimijoiden kesken koskien terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 1-2 §, 13-14 §, 42 §.)

Terveydenhuollon palveluita ovat erinäiset sairauksien ehkäisyyn, tutkimukseen ja taudinmääritykseen sekä hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät toimet. Näitä palveluita voidaan tarjota sekä avo- että laitoshoidossa. Terveydenhuoltolaissa säädetään myös mielenterveystyön järjestämisestä osana kunnan terveydenhuoltoa. Mielenterveystyöllä tarkoitetaan mielenterveyttä suojaavien ja vaarantavien tekijöiden vuoksi annettavaa ohjausta ja neuvontaa, tarpeenmukaisen psykososiaalisen tuen antamista sekä mielenterveyden häiriöihin tarjottavia mielenterveyspalveluita. Mielenterveyspalveluita käsitellään tarkemmin tämän opinnäytetyön luvussa 3.5. (Terveydenhuoltolaki, 7 a §, 27 §, 67 §.)

Terveydenhuoltoa ohjaavaa lainsäädäntöä uudistetaan tarpeen mukaan. Julkisen terveydenhuollon uudempia, toteutuneita lainsäädäntöuudistuksia ovat mm. hoitotakuu sekä potilaan oikeus valita oma hoitopaikkansa julkisella sektorilla (ns. rajoitettu valinnanvapaus, laajennettu kiirettömän hoitopaikan valintaoikeus). Kiirettömän hoidon hoitotakuu astui voimaan vuonna 2005. Hoitotakuu määrittelee aikarajat, joiden kuluessa potilaan hoidon tarve tulee arvioida ja hoito aloittaa. Potilaan valinnanvapautta lisättiin vuonna 2011. (Lammintakanen & Rissanen 2017, 53; Niemelä & Saarinen 2015, 22-23; Tuori & Kotkas 2016, 58.)

### 3.2 Porrastus perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon

Julkinen terveydenhuolto jakautuu Suomessa perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon sekä yliopistollisissa sairaaloissa tarjottavaan erityistason sairaanhoidon, joka mielletään monesti osaksi erikoissairaanhoidon kokonaisuutta. Perusterveydenhuollon toimijoita ovat mm. kuntien terveyskeskukset sekä niiden mahdolliset vuodeosastot, neuvolat ja kouluterveydenhuolto. Isommissa kaupungeissa saattaa myös olla kaupunginsairaala, jossa tarjotaan joitakin yleensä erikoissairaanhoidossa annettavia palveluita. (Rissanen & Lammintakanen 2017, 28.)

Pääsääntöisesti sairaalahoitoa sekä vaativampaa lääketieteen eri erikoisalojen avohoittoa annetaan kuitenkin erikoissairaanhoidossa, kuntayhtymien ylläpitämissä sairaanhoidopiireissä. Erikoissairaanhoidon pääsy edellyttää yleensä lähetteen saamista perusterveydenhuollosta, työterveyshuollosta tai yksityiseltä lääkäriltä. Poikkeuksen tästä muodostaa esimerkiksi päivystysluonteinen hoito. Erityisesti erikoissairaanhoidon vuodeosastolla annettava hoito on kallista, ja pääasiassa hoitojakson maksaa potilaan kotikunta, sillä potilaan itse maksama asiakasmaksu kattaa vain pienen osan hoitojakson kuluista. Erikoissairaanhoidon menot muodostavatkin noin kolmasosan kaikista terveydenhuollon menoista, kun perusterveydenhuollon osuus on noin viidennes. Erikoissairaanhoidon kasvaneet menot ovat aiheuttaneet huolta kunnissa. (Rissanen & Lammintakanen 2017, 28; Valtonen 2017, 63-64, 70.)

Perusterveydenhuollon talous perustuu pääosin kiinteään budjettiin ja verotukseen. Erikoissairaanhoidon rahoitetaan myös pääosin verotuotoilla, mutta rahoitusperiaatteena käytetään hoitojaksoja ja suoritteita (esimerkiksi vuodeosastojaksot ja käynnit poliklinikoilla). Molempien terveydenhuollon portaiden osalta kuntien rahoitusvastuu on suuri ja erityisesti pienten kuntien talouteen erikoissairaanhoidon suoriteperusteisuudesta johtuvat, vaihtelevat menot aiheuttavat epävarmuutta. Erikoissairaanhoidon potilaille ilmaisistakin palveluista (esimerkiksi käynnistä psykiatrian poliklinikalla) sairaanhoidopiiri laskuttaa potilaan kotikuntaa. (Airio & Niemelä 2015, 50-52; Rissanen & Lammintakanen 2017, 27.)

### 3.3 Sairaanhoidopiirit vastaavat erikoissairaanhoidosta

Jokaisen Suomen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoidopiiriin, jotta kuntalainen saa tarvittaessa erikoissairaanhoidon palveluja. Manner-Suomi on jaettu 20 sairaanhoidopiiriin, joista Satakunnan sairaanhoidopiiri on yksi. Lisäksi Ahvenanmaa muodostaa oman kokonaisuutensa. Sairaanhoidopiirin muodostavat alueen kunnat kuntayhtymänä, ja erikoissairaanhoidon järjestämisvastuussa on sairaanhoidopiirin kuntayhtymä. Sairaanhoidopiirit ovat muodostuneet pitkälti maakuntarajojen mukaisesti. Lisäksi sairaanhoidopiirit muodostavat yhdessä erityisvastuualueita, joissa on lääkärikoulutusta tarjoava yliopisto ja siten myös yliopistollinen sairaala. Yliopistollisiin sairaaloihin on keskitetty alueen erityistason sairaanhoito, ja niissä annetaan hoitoa erityisosaamista edellyttävissä tilanteissa. (Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, 3 §, 7 §, 9 §; Terveydenhuoltolaki, 33 §, 42 §; Tuori & Kotkas 2016, 51-52.)

Sairaanhoidopiirien hallintoa ja päätöksentekoa koskevat kuntalain säännökset, elleivät ne ole ristiriidassa erikoissairaanhoitolain kanssa. Myös terveydenhuoltolaissa on sairaanhoidopiirejä koskevia säädöksiä koskien mm. erikoissairaanhoidon järjestämissopimusta, jonka voimassaoloaika on valtuustokauden pituinen. Lisäksi terveydenhuoltolaissa säädetään sairaanhoidopiirien velvollisuudesta järjestää erikoissairaanhoito siten, että palveluiden yhdenvertaisuus ja saavutettavuus toteutuvat. (Terveydenhuoltolaki, 10 §, 43 §; Tuori & Kotkas 2016, 52.)

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän perussopimus säätelee sairaanhoidopiirin toimintaa. Siinä määritellään esimerkiksi sairaanhoidopiirin jakautuminen sairaanhoitoalueisiin sekä ylintä päätösvaltaa käyttävä ja muut toimielimet. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä voi pääsääntöisesti itsenäisesti päättää alueellaan olevista kuntayhtymän sairaaloista sekä muista toimintayksiköistä. Perussopimuksen voimassaolo ei ole sidottu valtuustokauteen vaan se on voimassa toistaiseksi. Uusi, edellisen sopimuksen korvaava sopimus tehdään tarpeen mukaan. (Erikoissairaanhoitolaki, 7 §, 12 §; Kuntalaki 410/2015, 55-56 §.)

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän päättävä elin on yhtymävaltuusto tai -kokous, jonka jäsenmäärä ja -jakauma määräytyvät pääasiassa jäsenkuntien väkiluvun perusteella. Kutakin jäsenkuntaa edustaa yhdestä kuuteen yhtymävaltuuston jäsentä tai tarvittaessa

näiden henkilökohtaiset varajäsenet. Kukin kunta valitsee edustajansa kuntayhtymän perussopimuksessa määritellyllä tavalla. Mikäli kuntayhtymän ylintä päätösvaltaa käyttää yhtymäkokous, yhtymäkokouksen edustajat kukin kunta valitsee kunnanvaltuustossa sovitulla tavalla, joko kunnanhallituksessa tai muussa toimielimessä. (Erikoissairaanhoitolaki, 16 §; Kuntalaki, 58-60 §.)

### 3.4 Terveydenhuollon monikanavainen rahoitus

Suomen terveydenhuollon rahoitus on järjestetty monikanavaisesti: Rahoitus muodostuu sekä kuntien että valtion verotuloista, pakollisista ja vapaaehtoisista vakuutusmaksuista sekä työnantaja- ja asiakasmaksuista. Tällöin maksajina ovat valtio, kunnat, yksityishenkilöt, sairausvakuutusjärjestelmä, työnantajat sekä yksityiset vakuutusyhtiöt. Terveydenhuollon asiakasmaksut muodostuvat terveystieteiden keskuksien käynneistä, sairaaloiden poliklinikkakäynneistä ja osastojen hoitopäivistä perittävistä maksuista. Asiakasmaksuihin luetaan usein myös yksityisten terveystieteiden palveluiden omavastuuosuudet silloin, kun julkisesta sairausvakuutuksesta katetaan osa tutkimus- tai hoitomaksusta ns. Kelakorvauksella. (Airio & Niemelä 2015, 43, 46; Rissanen & Lammintakanen 2017, 27.)

Monikanavaisen rahoitusjärjestelmän on kritisoitu aiheuttavan mm. palvelutoiminnan tehokkuuden laskua sekä lisäävän eriarvoisuutta alueellisesti ja väestöryhmien välillä. Yksi eriarvoisuutta luova tekijä on työssäkäyvien mahdollisuus käyttää työterveyshuollon palveluita, mutta myös kuntien erilaiset resurssit vaikuttavat yksilöiden asemaan eri kunnissa. Hyvässä taloudellisessa tilanteessa olevalla kunnalla on varaa panostaa terveydenhuoltoon enemmän kuin esimerkiksi ns. kriisikunnalla. Kuntien suuri määrä lisää osaltaan rahoituksen pirstaloituneisuutta, minkä vuoksi on pyritty alueelliseen yhteistyöhön eri kuntien kesken. (Airio & Niemelä 2015, 43; Rissanen & Lammintakanen 2017, 27-28.)

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon potilaiden maksamilla asiakasmaksuilla katetaan noin 20 prosenttia ko. palveluiden kokonaiskustannuksista (Niemelä & Saarinen 2015, 20). Kunnat saavat sosiaali- ja terveystieteiden palveluidensa järjestämistä varten ns. valtionosuuksia, jotka muodostavat noin viidenneksen kuntien kaikista tuloista. Vastavasti sosiaali- ja terveystieteiden menot ovat noin puolet kuntien kaikista menoista. 60-

70 prosenttia sosiaali- ja terveyssektorin menoista aiheutuu henkilöstön palkkakustannuksista, sillä ala on työvoimavaltainen. Työvoiman saatavuuden turvaamiseksi myös palkkauksen pitää olla kilpailukykyinen. (Valtonen 2017, 63, 66.)

Kunnan terveydenhuoltoon budjetoimista varoista päätetään kunnanvaltuustossa. Terveydenhuoltoon suunnattaviin resursseihin vaikuttavat kunnissa mm. käytettävissä oleva rahamäärä, kunnan väkiluku sekä valtuuston poliittiset voimasuhteet. Kuntien päätösvalta terveydenhuollon suhteen on kuitenkin rajallinen, sillä valtaosa kunnan järjestämistä olevista sosiaali- ja terveyspalveluista on lakisääteisiä. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat tyypillisesti kunnan suurin menoerä yhdessä opetus- tai sivistyspalveluiden kanssa. Poliittisten luottamushenkilöiden ohella vastuu terveyspalveluista on kunnan viranhaltijoilla, jotka useimmiten toimivat päätösten valmistelijoina ja esittelijöinä sekä myös toimeenpanevat luottamushenkilöiden tekemiä päätöksiä. (Lammintakanen & Rissanen 2017, 56-57; Niemelä & Saarinen 2015, 14.)

### 3.5 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen

Mielenterveyspalveluita järjestetään sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Erityisesti erikoissairaanhoidossa niihin viitataan yleensä termillä *psykiatrisen hoito*. Psykiatria on lääketieteen erikoisala, joka keskittyy mielenterveyden häiriöiden tutkimukseen ja hoitoon. Yleisimpiä psyykkisiä sairauksia ovat erilaiset masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt, mutta myös psykoosisairauksia esiintyy jonkin verran. Lisäksi erilaisia päihdehäiriöitä hoidetaan psykiatrialla. Suurinta osaa mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita hoidetaan perusterveydenhuollossa, mutta tarvittaessa potilaat ohjataan erikoissairaanhoidon piiriin. (Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist 2019a; Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist 2019b.)

Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan psyykkisten häiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta sekä tarpeenmukaista ohjausta ja neuvontaa. Mielenterveyslaissa säädetään mielenterveyspalveluiden järjestämisestä ensisijaisesti avopalveluina sekä siten, että ne tukevat potilaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista sekä itsenäistä suoriutumista. Laissa myös edellytetään, että kuntien ja kuntayhtymien (esimerkiksi sairaanhoitopiirien) mielenterveyspalvelut muodostavat toiminnallisen

kokonaisuuden. Palveluilta vaadittava sisältö ja laajuus riippuvat alueellisesta tarpeesta, joten ne ovat paikallisten organisaatioiden itse määriteltävissä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 4-5 §; Moring 2013, 305.)

Mielenterveyslain mukaisesti psykiatrisessa hoidossa on ollut suuntauksena tehostaa avohoidon palveluita siten, että laitoshoidon tarve pienenee. Suurinta osaa potilaista hoidetaan avohoidossa. Avohoito on kustannustehokasta, mutta usein myös potilaan kannalta paras vaihtoehto. Mielenterveyspalveluita järjestetään sekä perusterveydenhuollossa (esim. depressiohoitajan vastaanotto) että erikoissairaanhoidossa (esim. psykiatrian poliklinikat). Samalla toimijalla voi olla useita eri toimipisteitä, kuten myös Satakunnan sairaanhoitopiirillä on. Toiminnan hajautuksesta on monia hyötyjä potilaille, mutta se voi myös aiheuttaa mm. laatu- ja kustannuseroja eri yksiköiden välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tehdään yhteistyötä myös psykiatriassa. Lisäksi yhteistyötä tehdään yksityisen ja kolmannen sektorin edustajien kanssa. (Lönqvist, Moring & Vuorilehto 2017; Moring 2013, 306-308.)

Avohoitopainotteisuuden lisäksi mielenterveys- ja päihdepalveluita on pyritty kehittämään oikea-aikaisiksi ja tehokkaiksi, mikä todennäköisesti vähentäisi sairaalahoitajaksojen tarvetta ja lyhentäisi myös potilasjonoja. Näin voidaan pienentää yksittäisen potilaan hoitokustannuksia, mutta myös parantaa potilaan elämänlaatua. Yhtenä tehokkaan avohoidon tarjoamisen haasteena on valtakunnallinen pula psykiatrian erikoislääkäreistä, mikä vaikuttaa myös Satakunnassa. (Lönqvist ym. 2017.)

Valtakunnallisesti mielenterveyspalveluiden aiheuttamat menot kuntien talouteen ovat n. 4,3 prosenttia kaikista terveydenhuoltokustannuksista. Oikea-aikainen ja tehokas hoito vähentäisi todennäköisesti myös epäsuoria kustannuksia, kuten sairausvakuutus- ja eläkemenoja, koska sairauspäivärahalla ja kuntoutustuella tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrä vähenisi. Mielenterveyden häiriöt ovat yhteiskunnallisesti merkittäviä sairauksia, sillä ne ovat yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen. Työikäisten toimintakyvyn heikkeneminen mielenterveyden häiriöiden vuoksi näkyy Suomen bruttokansantuotteessakin. (Suvisaari ym. 2019b; Wahlbeck ym. 2017, 83-84.)

Erikoissairaanhoidon psykiatrian avohoidossa hoidettiin valtakunnallisesti lähes 192 000 potilasta vuonna 2017. Käyntikertoja vuotta kohden oli 2,255 miljoonaa.



Avohoidon käynnit lisääntyivät edelliseen vuoteen verrattuna 9,4 prosenttia, mutta potilaiden määrä lisääntyi vielä hieman enemmän, 10,3 prosenttia. Erikoissairaanhoidon hoitoilmoitusrekisteriin perustuvan tilaston mukaan Satakunnassa psykiatrian avohoidon käyntejä oli potilasta kohden 14,1 vuonna 2017, kun potilaita oli kymmentä tuhatta asukasta kohden 315. Koko maassa käyntejä oli potilasta kohden hieman vähemmän (11,8) ja potilaita hieman enemmän (347 /10 000 asukasta). (Vainio, Järvelin, Kääriäinen & Passoja 2018, 1-4.)

### 3.6 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistushankkeet

Suomessa on jo pidempään ollut tavoitteena uudistaa sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä, mutta konkreettista ja kokonaisvaltaista palvelujärjestelmän uudistamista ei ole tehty. Siihen tähtääviä hankkeita ovat olleet mm. kunta- ja palvelurakennenuudistus eli ns. Paras-hanke (2007) ja sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) uudistus, joka kytkettiin maakuntaudistukseen (maku) (2015). Uudistushankkeiden toteuttamisen esteenä on ollut mm. sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön laajuus ja tästä johtuen lainsäädännön päivittämiseen vaadittava aika, joka on verrattain pitkä hallituskauteen nähden. (Rissanen & Lammintakanen 2017, 31-32.)

Nykyisessä sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmässä nähdyt ongelmat liittyvät suurelta osin kuntien asemaan palveluiden rahoittajina. Kunnat ovat keskenään erikokoisia ja erilaisia väestöpohjaltaan, jolloin eri kuntien asukkaat ovat erilaisessa asemassa, mitä tulee palveluiden saatavuuteen ja muuhun laatuun. Sote- ja maku-uudistuksen tavoitteena oli siirtää palveluiden rahoitusvastuu maakunnille, jolloin terveydenhuollon rahoitus ei olisi niin riippuvainen yksittäisen kunnan resursseista. (Valtonen 2017, 70.)

Terveydenhuollon rahoitusongelmia on pyritty ratkaisemaan muodostamalla laajempia palveluntuotanto- ja rahoitusmalleja sekä kunta- että valtiojohtoisesti. Näillä keskittämiseen pohjautuvilla palvelujärjestelmän uudistuksilla on tähdätty rahoituspohjan laajentamiseen ja kuntien välisten terveydenhuollon laatuerojen poistamiseen. Rahoitusongelmien taustatekijöistä merkittävimpänä on pidetty väestön ikärakenteen muutoksia, sillä väestön ikääntymisen oletetaan lisäävän terveydenhuollon palveluiden tarvetta. Valtosen (2017, 64) mukaan väestön ikääntymisen ohella palveluiden tarpeen

lisääntyminen johtuu myös kasvaneesta palvelutarjonnasta, joka itsessään lisää palveluiden käyttöä. Palveluiden tarpeen lisääntyminen kytkeytyy myös terveydenhuollon laatuun, sillä yhtenä laatukriteerinä pidetään terveystalouden saatavuutta. Terveydenhuollon uudistamishankkeissa on suunniteltu roolia myös yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoille, koska kilpailuasetelman on uskottu parantavan palveluiden laatua ja hillitsevän kustannusten kasvua. (Lammintakanen & Rissanen 2017, 52; Rissanen & Lammintakanen 2017, 28-31, 33-34; Valtonen 2017, 70-71.)

Sote- ja maakuntauudistuksen ohella pyrittiin uudistamaan asiakasmaksulainsäädäntöä selkeämmäksi ja nykyiset palvelumuodot huomioivaksi. Sen yhtenä tavoitteena oli turvata potilaiden tasavertainen asema asuinalueesta tai palveluntuottajasta riippumatta. Hallituksen esitykseen (HE 310/2018) sisältyi myös maksukattouudistus. Maksukattoa käsitellään tarkemmin tämän opinnäytetyön luvussa 4.2. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2019.)

## 4 TERVEYDENHUOLLON ASIAKASMAKSUT

Asiaksmaksuilla katetaan vain pieni osa terveydenhuollon palveluiden tuotantokustannuksista, vaikka potilaalle maksullisten palveluiden osuus terveydenhuollon palveluista on noussut 1990-luvun laman seurauksena sekä sen jälkeenkin. Omavastuuosuuden tarkoituksena on palveluiden rahoituksen ohella ohjata potilaita käyttämään palveluita tarkoituksenmukaisesti. Tähän periaatteeseen perustuu myös terveydenhuollon peruuttamattomasta ja käyttämättä jätetystä ajasta laskutettava sakkomaksu, jota käsitellään tarkemmin luvussa 4.3. (Tuori & Kotkas 2016, 348; Vaalavuo 2018, 20.)

### 4.1 Asiaksmaksuja ohjaava lainsäädäntö

Asiaksmaksujen määrittelyssä valtiolla on ohjausrooli. Lainsäädännöllisiä tavoitteita ovat mm. palveluiden saavutettavuus, niiden käytön tarkoituksenmukaisuus sekä potilaiden maksurasituksen pitäminen kohtuullisena. Asiaksmaksujen tulee olla riittävän pieniä, jotta palvelut olisivat kaikkien saatavilla tarvittaessa, mutta kuitenkin

sellaisella tasolla, ettei liikkakäyttöäkään esiintyisi. Perustuslakiin kirjatut ns. TSS-oikeudet (taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset perusoikeudet) takaavat yksilöille oikeuden saada riittäviä terveydenhuollon palveluita (Suomen Perustuslaki 731/1999, 19 §). Asiakasmaksuilla voidaan myös pyrkiä ohjaamaan terveydenhuollon palveluiden käyttöä perusterveydenhuoltopainotteiseksi asettamalla erikoissairaanhoidon maksut perusterveydenhuollon maksuja korkeammiksi. Kunnat ja kuntayhtymät kuitenkin päättävät asiakasmaksujen suuruudesta itsenäisesti valtakunnallisten raamien sisällä, mikä asettaa eri alueilla asuvat ihmiset eriarvoiseen asemaan. (Hetemaa ym. 2018, 26; Vaalavuo 2018, 20; Valtonen 2017, 68.)

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista eli asiakasmaksulaissa säädetään julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon potilas- ja asiakasmaksujen periaatteista. Siinä myös määritellään maksuttomat sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut. Asiakasmaksulakia täydennetään asiakasmaksuja koskevilla asetuksilla, joilla annetaan euromääräiset rajat maksuille: maksujen suuruudelle sekä maksullisten palveluiden maksuttomuuden perusteille. (Asiakasmaksulaki 734/1992, 1-2 §; Hetemaa ym. 2018, 26.)

Julkisista terveystaloudellisuista voidaan periä asiakasmaksulain mukaan enintään niiden tuotantokustannusten suuruinen maksu, mutta suurelta osin terveystaloudellisuuden maksujen enimmäismääriä säädellessään valtioneuvoston asetuksilla. Asetuksilla tehdään yleensä indeksitarkistuksia, mutta niillä on mahdollista korottaa enimmäismääriä enemmänkin. Tarkistukset tehdään joka toinen vuosi. Asiakasmaksulaki mahdollistaa maksujen perimisen myös asiakkaan maksukyvyyn mukaisesti eli asiakkaan tulot tai perhesuhteet huomioiden. Kunnat ja kuntayhtymät voivat itse päättää julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuista lainsäädännön asettamissa rajoissa. (Asiakasmaksulaki, 1-2 §; Sosiaali- ja terveystaloudellisuusministeriön www-sivut 2019.)

Vuonna 2016 voimaan astuneella asetuksella 1350/2015 asiakasmaksujen enimmäismääriin tehtiin 27,5 prosentin erilliskorotus, jolla oli tarkoitus kasvattaa asiakasmaksutuottoja 150 miljoonalla eurolla. Kaikki julkisen terveydenhuollon toimijat eivät kuitenkaan hyödyntäneet tätä mahdollisuutta korottaa omia asiakasmaksujaan. (Vaalavuo 2018, 21.)

Maksamatta jääneet asiakasmaksut voidaan ulosottaa ilman oikeuden päätöstä viivästyskorkoineen. Tästä huolimatta monet julkisen terveydenhuollon toimijat antavat asiakasmaksurästit perintätoimistojen perittäviksi, mistä aiheutuu potilaalle ylimääräisiä kuluja. (Asiakasmaksulaki, 16-17 §; Hetemaa 2018, 36.)

#### 4.2 Potilaiden asiakasmaksurasituksen pienentäminen

Terveydenhuollon asiakasmaksut voivat estää potilasta hakeutumasta terveystalouden piiriin silloinkin, kun se olisi tarpeellista. Tämän vuoksi Suomessa on joidenkin muiden maiden tapaan lailla säädetty osa palveluista maksuttomiksi, kuten esimerkiksi psykiatrian avohoidon palvelut (pois lukien niihin liittyvä osittainen ylläpito esimerkiksi päiväosastohoidossa) sekä monet alaikäisten palvelut (Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992, 8 §; Asiakasmaksulaki, 5 §). Maksuttomuus on perusteltavissa hintajoustolla: asiakasmaksujen noustessa potilaan halukkuus käyttää palveluita vähenee. Terveydenhuollon kustannusten näkökulmasta tiettyjen avopalveluiden maksuttomuus on kannattavaa, sillä se vähentää erityisen kalliiden palveluiden, esimerkiksi vuodeosastohoidon, tarvetta jatkossa. Hintajoustopotilaan vaikutus näkyy erityisesti pienituloisten palvelunkäytössä. Pienituloisten ja huono-osaisten keskuudessa sairastavuus on muuta väestöä korkeammalla tasolla, mikä myös heikentää heidän mahdollisuuksiaan parantaa omaa taloudellista asemaansa työnteolla (Vaalavuori 2018, 23). Maksuttomuudella voidaan pyrkiä pienentämään terveyseroja sosioekonomisten ryhmien välillä. (Hetemaa 2018, 26.)

Huono-osaisuus kasautuu monesti alempiin sosioekonomisiin ryhmiin, mikä näkyy myös terveyden ja toimintakyvyn ongelmina (erityisesti pitkäaikaissairauksia esiintyy enemmän). Psykkisistä sairauksista erityisesti vakavat mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä alemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Sosioekonomiseen asemaan vaikuttavia tekijöitä ovat mm. koulutus ja ammatti, asema työmarkkinoilla, lapsuudenperheen asema yhteiskunnassa sekä tulot ja varallisuus. Työttömyys heikentää terveyttä ja toimintakykyä vaikuttaen negatiivisesti työllistymismahdollisuuksiin jatkossa. Työttömyys myös lisää riippuvuutta julkisesta terveydenhuollosta, koska työtön ei kuulu työterveyshuollon piiriin ja hänen taloudelliset mahdollisuutensa käyttää yksityisiä terveydenhoitopalveluita ovat pienet. Huono terveys yhdistettynä huonoon

sosioekonomiseen asemaan lisää sosiaalisen syrjäytymisen riskiä. (Rotko & Manderbacka 2015, 115-121, 124.)

Kokonaan maksuttomien palveluiden ohella Suomessa on käytössä muitakin keinoja, joilla ehkäistään potilaiden liian suurta maksurasitusta. Yksi keinoista on vuonna 2000 käyttöön otettu julkisen terveydenhuollon asiakasmaksukatto, jonka täytyttyä asiakasmaksut ovat pienempiä tai niitä ei peritä lainkaan. Maksukattoon laskettavien asiakasmaksujen saldo nollautuu kalenterivuoden alussa. Vuonna 2019 maksukatto on 683 euroa. Asiakasmaksukattoa eivät kerrytä esimerkiksi terveyskeskushammashoidon tai sairaankuljetuksen maksut, lääkärintodistuspalkkiot tai yksityislääkärin läheteellä tehdyt laboratorio- tai kuvantamistutkimukset. Maksukatton täytyminen ei myöskään vaikuta näistä palveluista perittäviin maksuihin. Peruuttamattomasta ja käyttämättömästä vastaanottoajasta laskutettavat sakkomaksutkaan eivät kerrytä julkisen terveydenhuollon maksukattoa ja niitä voidaan näin ollen periä myös maksukatton täytyttyä. (Asiakasmaksulaki, 6 a §; Hetemaa ym. 2018, 27, 35; Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2019; Tuori & Kotkas 2016, 348-349.)

Asiakasmaksulaki (11 §) sallii tulojen mukaan määräytyvän terveydenhuollon maksun alentamisen. Kunnilla ja kuntayhtymillä on myös oikeus päättää, että muitakin terveydenhuollon maksuja voidaan alentaa tai jättää kokonaan perimättä samoin perustein. Tätä mahdollisuutta ei juurikaan käytetä, mikä saattaa johtua siitä, että ko. lainkohdan soveltaminen (erityisesti potilaan maksukyvyn selvittely) koetaan hankalaksi. Asiakasmaksun alentaminen tai perimättä jättäminen on ensisijainen ratkaisu maksuvaikeuksiin, mutta toimeentulotukea myönnetään myös tasasuuruisiin asiakasmaksuihin. Toimeentulotuen käyttö voisi vähentyä, mikäli asiakasmaksulain 11 §:n soveltamisohjeita selkeytettäisiin ja jalkautettaisiin. (Asiakasmaksulaki 1 §, 11 §; Hetemaa ym. 2018, 26-27; Tuori & Kotkas 2016, 350.)

Terveydenhuollon asiakasmaksuja päätyy myös ulosottoon. Aina potilas ei ole kyennyt ennalta varautumaan maksuihin, jolloin hän voi joutua niiden vuoksi taloudellisiin vaikeuksiin. Tämän vuoksi maailman terveysjärjestö WHO on suositellut asiakasmaksujen korvaamista ainakin joiltain osin ennakoitavissa olevilla terveydenhoitomaksuilla. Potilaan maksurasitukseen vaikuttavat asiakasmaksujen ohella lääke- ja matkakulut. (Hetemaa ym. 2018, 26; Vaalavuo 2018, 21, 24.)

### 4.3 Peruuttamatta jätetystä ajasta perittävä sakkomaksu

Asiakasmaksulaki mahdollistaa ns. sakkomaksun laskuttamisen potilaalta, joka ei ole saapunut sovitulle vastaanottoajalleen eikä myöskään peruuttanut sitä. Mikäli potilas esittää hyväksyttävän syyn poisjäännilleen, maksua ei peritä. Potilaalla on mahdollisuus hakea oikaisua maksupäätökseen. Sakkomaksun enimmäismäärästä säädetään valtioneuvoston asetuksilla muiden asiakasmaksujen enimmäismäärien yhteydessä. Asiakasmaksujen enimmäismäärien korotukseen 27,5 prosentilla vuonna 2016 sisältyi myös sakkomaksun korotus. Vuonna 2019 sakkomaksun enimmäismäärä on 50,80 euroa. (Asiakasmaksuasetus, 25 §; Asiakasmaksulaki, 3 §; Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2019; Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta 1350/2015.)

Sakkomaksun tausta on hallituksen esityksessä 104/1991, joka tehtiin valtion vuoden 1992 tulo- ja menoarvioesityksen yhteydessä. Hallituksen esityksen johdosta erikoissairaanhoitolakia muutettiin tekemällä siihen peruuttamatta ja käyttämättä jätetystä ajasta perittävää maksua koskeva lisäys. Esitys sisälsi myös muita terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevia uudistuksia, joilla pyrittiin parantamaan terveydenhuollon toimijoiden taloudellista asemaa. Erikoissairaanhoitolain muutos tuli voimaan 1.3.1992. (HE 104/1991 vp, 1-2; Laki erikoissairaanhoitolain 37 §:n muuttamisesta 73/1992.)

Vuonna 2019 kaikissa Manner-Suomen sairaanhoitopiireissä on käytössä enimmäismäärän (50,80 €) suuruinen sakkomaksu. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä käyttämättä ja peruuttamatta jätetyn käynnin sakkomaksuja laskutetaan vain 18 vuotta täyttäneiltä, vaikka asiakasmaksuasetus mahdollistaa sakkomaksun perimisen jo 15 vuotta täyttäneiltä. Satakunnan sairaanhoitopiirissä sakkomaksu laskutetaan 15 vuotta täyttäneiltä, mutta psykiatrian erikoisalalla vain 18 vuotta täyttäneiltä. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri ei peri lainkaan sakkomaksua käyttämättä ja peruuttamattomista käynneistä psykiatrialla. (Asiakasmaksuasetus, 25 §; Keski-Suomen sairaanhoitopiirin www-sivut 2019; Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä 2018, 20; Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2019.)

## 5 SAKKOMAKSU SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

### 5.1 Satakunnan sairaanhoitopiirin organisaatio

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on perustettu vuonna 1991 ja sen kotipaikka on Pori. Sairaanhoitopiirin jäsenkuntia on 17 vuonna 2019: Eura, Eurajoki, Harjavalta, Honkajoki, Huittinen, Jämijärvi, Kankaanpää, Karvia, Kokemäki, Merikarvia, Nakkila, Pomarkku, Pori, Rauma, Siikainen, Säskylä sekä Ulvila. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän voimassa oleva perussopimus on vuodelta 2009, jolloin Satakunnan erityishuoltopiiri liitettiin sairaanhoitopiiriin. Jäsenkuntien lukumäärässä on tämän jälkeen tapahtunut muutoksia kuntaliitosten sekä sairaanhoitopiirin vaihtamisen myötä. (Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimus 2009, 1, 10, 12; Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2019.)

Satakunnan sairaanhoitopiiri muodostaa erityisvastuualueen yhdessä Varsinais-Suomen ja Vaasan sairaanhoitopiirien kanssa. Sairaanhoitopiirit tekevät yhteistyötä mm. koulutuksen ja tutkimuksen, potilaiden hoidon sekä hankintojen saralla. Alueen yliopistollinen sairaala sijaitsee Turussa. (Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2019.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymävaltuusto käyttää sairaanhoitopiirin päätösvaltaa, vastaa sairaanhoitopiirin toiminnasta ja taloudesta sekä hyväksyy sairaanhoitopiirin toimintaa määritteleviä asiakirjoja, kuten esimerkiksi taloussuunnitelman ja -arvion. Yhtymävaltuustolla on myös valvontavastuu koko sairaanhoitopiirikonsernista ja se määrittelee sairaanhoitopiirin omistajapolitiikan. (Satakunnan sairaanhoitopiirikonsernin konserniohjeet 2013, 2; Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 2018, 59 §.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallituksen tehtävänä on yhtymävaltuuston päätösten valmistelu, täytäntöönpano sekä laillisuuden valvonta. Se johtaa sairaanhoitopiirin hallintoa, toimintaa ja taloutta päättäen mm. toimialuejaosta. Yhtymähallituksen vastuulla on esimerkiksi omistajaohjaus, riskienhallinta, sisäinen valvonta ja henkilöstöpolitiikka. Se myös ohjaa sairaanhoitopiirikonsernia. Yhtymähallituksen päätöksiä

valmistelee sairaanhoitopiirin johtaja. (Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 2018, 59 §, 65 §.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin toimialueita ovat sairaanhoito, sosiaalipalvelut, huolto-keskus, liikelaitos SataDiag ja yhtymähallinto. Toimialueista päättää sairaanhoitopiirin yhtymähallitus. Sairaanhoidon toimialue on jaettu lääketieteen erikoisalojen mukaisesti vastuualueisiin, joista yksi on psykiatrisen hoidon vastuualue. (Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 2018, 4 §; Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut 2019.)

Toimialueiden johtajat sekä sairaanhoidon toimialueylihoitaja nimetään korkeintaan neljäksi vuodeksi kerrallaan. Kunkin toimialueen johtaja nimeää oman toimialueensa vastuualuejohtajat ja toimii näiden esimiehenä. Jokaisella toimialueella on oma johtoryhmänsä, SataDiagilla lisäksi johtokunta. (SataDiagin www-sivut 2019; Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 2018, 65-66 §.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallinnon tehtävänä on sovittaa yhteen sairaanhoitopiirin toimialueiden, liikelaitosten ja konsernin yhtiöiden sekä sairaanhoitopiirin jäsenkuntien ja niiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Yhtymähallinnossa työskentelee viranhaltijoita, jotka mm. toimeenpanevat yhtymävaltuuston ja -hallituksen päätöksiä. (Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 2018, 61 §, 64 §.)

Sairaanhoitopiirin johtaja suunnittelee, johtaa ja kehittää konsernin toimintaa ja taloutta sekä edustaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymää. Johtajalla on sairaanhoitopiirin nimenkirjoitusoikeus ja hän vastaa yhtymävaltuuston asettamista tavoitteista sekä yhteistoiminnasta sidosryhmien kanssa. Sairaanhoitopiirin johtajan tehtävänä on myös vahvistaa paikalliset sopimukset ja paikallisneuvottelutulokset sekä osallistua yhtenä työnantajan edustajana sairaanhoitopiirin yhteistyötoimikuntaan. Hän johtaa sairaanhoitopiirin tiedottamista ja viestintää. Sairaanhoitopiirin johtaja toimii myös toimialueiden johtajien esimiehenä. (Satakunnan sairaanhoitopiirikonsernin konserniohjeet 2013, 2; Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 2018, 61 §, 63 §, 65 §, 104 §; Sopimus yhteistoiminnan toteuttamisesta Satakunnan sairaanhoitopiirissä 2016, 3.)



Satakunnan sairaanhoitopiirin johtajaylilääkäri johtaa, suunnittelee ja kehittää toimintaa sairaanhoidon toimialueen johtajana. Hän vastaa myös sairaanhoitopiirin potilaskertomuksesta sekä johtaa lääketieteellistä tutkimus- ja opetustoimintaa. Hallintoylihoitaja vastaa puolestaan hoitotyön johtamisesta, suunnittelusta ja kehittämisestä sekä hoitotyön tutkimus- ja opetustoiminnasta. Sekä johtajaylilääkäri että hallintoylihoitaja osallistuvat myös yhteistyötoimikunnan kokouksiin työnantajan edustajina. (Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 2018, 61 §; Sopimus yhteistoiminnan toteuttamisesta Satakunnan sairaanhoitopiirissä 2016, 3.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin johtoryhmä muodostuu sairaanhoitopiirin johtajasta, johtajaylilääkäristä, hallintoylihoitajasta sekä henkilöstön edustajasta. Yhtymähallitus voi nimetä johtoryhmään myös muita jäseniä. Johtoryhmän tehtävänä on avustaa sairaanhoitopiirin johtajaa. (Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 2018, 62 §.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin liikelaitos SataDiag tuottaa esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamispalveluita sekä lääke- ja välinehuollon palveluita. SataDiagissa toimivat myös sairaanhoitopiirin infektioiden hoitoon ja torjuntaan tähtäävät palvelut. Liikelaitoksella on oma johtosääntönsä. (SataDiagin www-sivut 2019; Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 2018, 2 §, 4 §.)

## 5.2 Sakkomaksujen käyttöönotto psykiatrisessa avohoidossa

Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallitus on 26.5.2008 tehnyt päätöksen, jonka perusteella sairaanhoitopiirin talousjohtaja on vastannut asiakasmaksujen indeksitar- kistusten tekemisestä eikä niiden voimaantulo ole edellyttänyt yhtymähallituksen tai - valtuuston käsittelyä. Vuonna 2016 voimaan astuneella valtioneuvoston asetuksella 1350/2015 asiakasmaksujen enimmäismääriin tehtiin 27,5 prosentin erilliskorotus, minkä vuoksi asiakasmaksuja käsiteltiin yhtymähallituksessa 14.12.2015 ja 25.1.2016. Päätöksenteossa huomioitiin Satakunnan sairaanhoitopiirin taloustilanne sekä jäsen- kuntien ja muiden sairaanhoitopiirien tekemät päätökset asiakasmaksujen korotuk- sista. (Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallituksen pöytäkirja 25.1.2016, 5 §.)

Satakunnan sairaanhoitopiirin somaattisen hoidon yksiköissä sakkomaksuja laskutettiin n. 65 000 euron arvosta vuonna 2015, mikä käsitti n. 1610 peruuttamatta ja käyttämättä jätettyä aikaa. Psykiatrialla sakkomaksu ei ollut tuolloin vielä käytössä. Talousjohtaja Tero Mäkiranta suositteli 18.1.2016 sakkomaksukäytännön laajentamista psykiatrialle. (Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallituksen pöytäkirja 25.1.2016, 5 §.)

Psykiatrian vastualueen vastualuejohtaja Kirsi-Maria Haapasalo-Pesun selvityksen (18.1.2016) mukaan psykiatrialla peruuttamatta ja käyttämättä jääneitä vastaanottoaikoja oli vuonna 2015 yhteensä 11 442, joista 7 552 aikuispsykiatrian yksiköissä. Aikuispsykiatrialla tämä tarkoitti reilun 10 prosentin osuutta kokonaiskäyntimääristä. Muita erikoisaloja suurempi osuus selittyy pääasiassa potilaiden sairauden kuvalla sekä siihen liittyvillä ongelmilla elämänhallinnassa ja toimintakyvyssä. Psykiatrian vastualuejohtaja ei kannattanut sakkomaksun käyttöönottoa, koska se kohdistuisi eniten sairaimpiin ja myös köyhimpiin potilaisiin. (Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallituksen pöytäkirja 25.1.2016, 5 §.)

Satakunnan sairaanhoitopiiri päätti Eksoten ja Porin perusturvakeskuksen esimerkin mukaisesti tehdä muihin terveystalvemuksuihin vain indeksikorotuksen, mutta peruuttamatta ja käyttämättä jätetyn ajan sakkomaksuun myös erilliskorotuksen. Päätökseen vaikutti mm. potilaille lähetettävän tekstiviestimuidutuksen käyttöönotto niissä yksiköissä, joissa peruuttamatta ja käyttämättä jätetyt ajat aiheuttivat tyhjäkäyntiä. Sakkomaksu otettiin päätöksen myötä käyttöön myös psykiatrisessa hoidossa yli 18-vuotiaille potilaille. (Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallituksen pöytäkirja 25.1.2016, 5 §.)

Sakkomaksut ovat olleet käytössä Satakunnan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrialla maaliskuusta 2016 alkaen. Sakkomaksun toimeenpanosta päätetään tapauskohtaisesti eikä sitä peritä potilailta, joiden poisjäänti vastaanotolta johtuu selkeästi sairauden oireesta tai ongelmista potilaan toimintakyvyssä. Voimassa olevan ohjeistuksen mukaan käynniltä pois jääneelle potilaalle yritetään soittaa puhelimitse. Mikäli potilas vastaa puheluun, käynti muutetaan käynnin korvaavaksi soitoksi. Mikäli potilasta ei tavoiteta puhelimitse, hänen toimintakykynsä arvioidaan SOFAS-mittarilla (Social and Occupational Functioning Assessment Scale). Mikäli potilaan toimintakyky on arvioinnin

mukaan alentunut, sakkomaksua ei laskuteta. Käynti kuitenkin kirjataan tällöin ns. E-käynniksi eli käynniksi, jolle potilas ei saapunut, mutta hän ei myöskään sitä peruuttanut. (Puolakka, henkilökohtainen tiedonanto 14.9.2018 ja 11.4.2019.)

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tätä opinnäytetyötä varten analysoitiin käyttämättä ja peruuttamattomia aikoja (ns. E-käynnejä) koskevia tilastoja Satakunnan sairaanhoitopiirin aikuispsykiatrian poliklinikoilta ja tehostetun avohoidon yksiköstä. Porin psykiatrian poliklinikalla sekä tehostetun avohoidon yksikössä on useita työryhmiä, mutta tässä työssä huomioitiin vain ko. yksiköiden yhteenlasketut luvut. Osa työryhmistä on käyntimääriltään pieniä, joten niiden lukujen analysoiminen ei olisi ollut mielekästä.

Sakkomaksut otettiin käyttöön vuoden 2016 maaliskuun alusta, joten vuodet 2015 ja 2016 eivät ole täysin vertailukelpoisia muutoksen suhteen. Satakunnan sairaanhoitopiiriltä saadun datan käsittelyä vaikeutti hieman se, että psykiatrian avohoidon yksiköissä oli tapahtunut muutoksia analysoinnin kohteena olevina vuosina. Lisäksi avohoidon luvut sisälsivät myös laitoshoidon yksiköissä, ts. aikuispsykiatrian vuodeosastoilla, tapahtuneet poliklinikkakäynnit, jotka polikliinisen luonteen vuoksi luetaan avohoidon käynneiksi. Näissä yksiköissä käyttämättä ja peruuttamatta jätettyjä vastaanottoaikoja oli vähän, joten lukujen vertailu ei olisi ollut mielekästä. Avohoidon tilastot sisälsivät myös ns. puoliavoimet käynnit eli päiväosastohoidon, päivätoimintakäynnit sekä asuntolapäivät (Satakunnan sairaanhoitopiirin tilinpäätös 2015, 53). Näitäkään ei otettu mukaan yksikkökohtaiseen analyysiin, koska tilastot eivät olleet vertailukelpoisia. Koko psykiatrian avohoitoa koskevassa analyysissä (luku 6.1) kaikki nämä yksiköt ovat mukana.

Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli analysoida myös sitä, vaihtelevatko laskutettujen sakkomaksujen lukumäärät suhteessa E-käyntien määrään eri yksiköiden välillä. Sakkomaksutuottojen määrä (euroina) oli saatavissa kuitenkin vain aikuispsykiatrialta kokonaisuudessaan, joten yksikkökohtaista vertailua ei voitu tehdä.

Sakkomaksutuotoissa oli siten mukana myös yksiköitä, joiden E-käyntitilastoja ei tarkemmin analysoitu tätä työtä varten (kuten esimerkiksi vuodeosastojen poliklinikakäynnit). Sakkomaksutuottoja verrattiin kuitenkin E-käyntien määriin aikuispsykiatrialta kokonaisuutena. Nämä tulokset esitetään luvussa 6.5.

Sakkomaksujen käyttöönoton yhteydessä aloitettiin myös tekstiviestimuistutusten lähettäminen potilaille kahta vuorokautta ennen vastaanottoaikaa (Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallituksen pöytäkirja 25.1.2016, 5 §). Tämän vuoksi E-käyntien vähenemisen ei voida päätellä johtuvan pelkästään sakkomaksujen käyttöönotosta.

Tässä luvussa E-käyntien määrien kehitystä käsitellään pääasiassa graafisesti, mutta taulukot tarkkoine lukuineen esitetään liitteessä 1. Tämän luvun tarkoituksena on selvittää, millaista kehitystä käyttämättä ja peruuttamatta jääneiden käyntien määrissä on tapahtunut, jolloin yksittäisten lukujen esittäminen ei ole tarpeen (Valli 2015, 47).

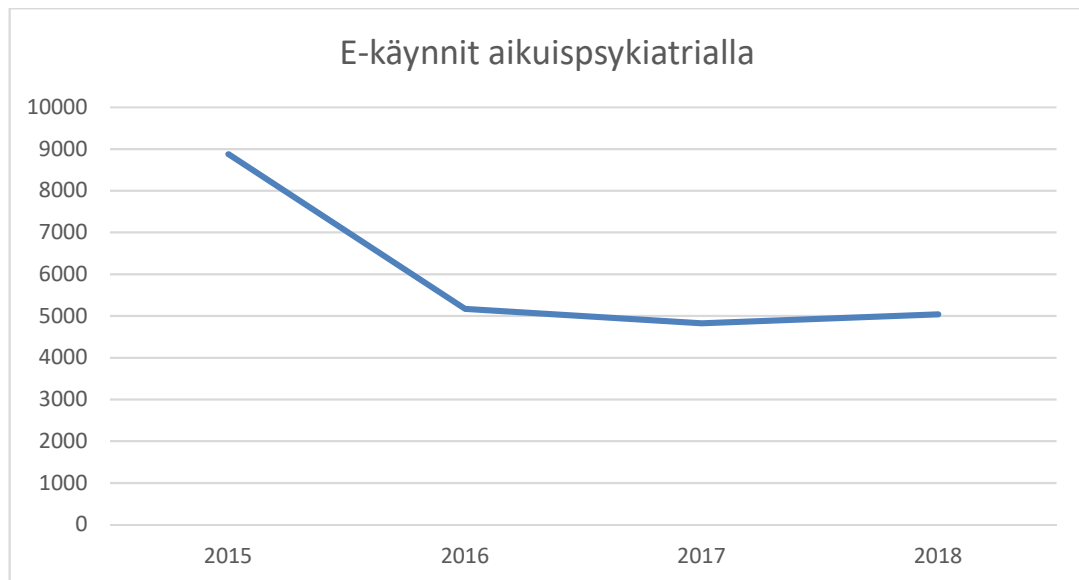
Luvussa 6.1 esitetään koko aikuispsykiatria koskevat luvut sekä peilataan niitä hieman myös toteutuneisiin käynteihin. Koska psykiatrian organisaatiossa on tapahtunut yksiköiden määrää koskevia muutoksia, tätä vertailua ei ole tehty yksittäisten yksiköiden lukuja analysoitaessa lukuun ottamatta tehostetun avohoidon yksikköä, jossa toteutuneiden käyntien määrän kehitys oli tarpeellista huomioida E-käyntilukujen kehityksen taustatekijänä.

## 6.1 E-käynnit aikuispsykiatrialla

Koko aikuispsykiatrialla E-käyntejä oli vuonna 2015 8877 kappaletta, kun kuntalaskutettuja (toteutuneita) käyntejä oli 65 092 kappaletta. Vuonna 2016 E-käyntejä oli enää 5167, ja määrä on pysynyt osapuilleen tällä tasolla vuoteen 2018 asti. E-käyntimäärän kehitys aikuispsykiatrialla esitetään kuviossa 1. Vuosina 2016-2018 toteutuneita käyntejä oli aikuispsykiatrialla hieman alle 64 500 vuosittain.

Aikuispsykiatrian tilasto käsittää poliklinikoiden, tehostetun avohoidon yksikön ja päiväosastojen lisäksi aikuispsykiatrian vuodeosastojen poliklinikakäynnit sekä mm. fyysioterapia- ja työterapiakäyntien luvut. Lisäksi vuoden 2015 tilastossa on mukana E-

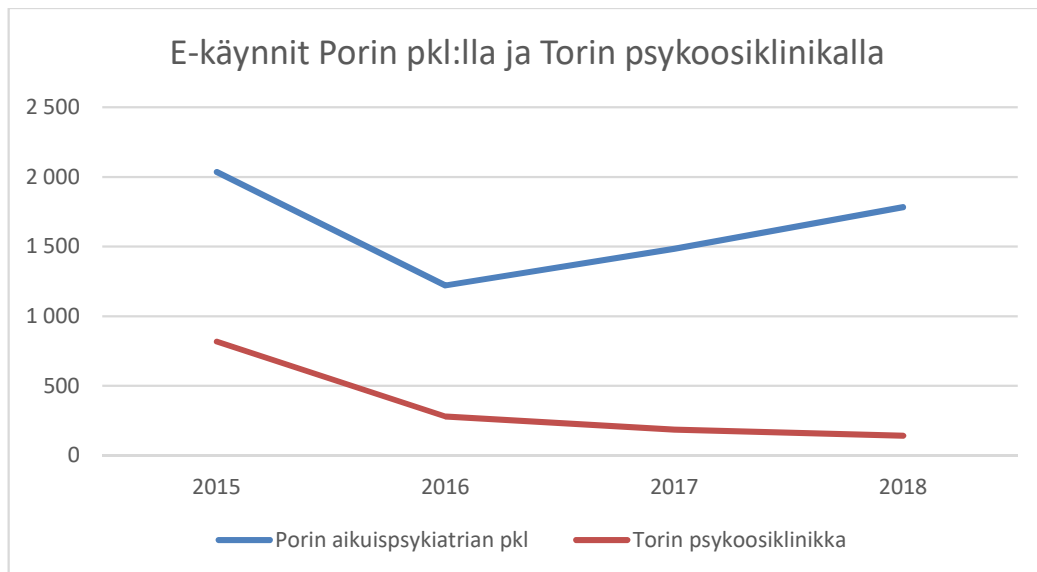
käyntiluvut Rauman kuntoutumisyksiköstä, joka siirtyi Rauman kaupungin vastuulle vuonna 2016 (Satakunnan sairaanhoitopiirin tilinpäätös 2016, 48). Vuonna 2015 kuntoutumisyksikössä oli E-käyntejä 748 kappaletta. Tämä poistuma on luonnollisesti vaikuttanut E-käyntimäärän kehitykseen jossain määrin muiden muutosten ohella.



Kuvio 1. Käyttämättä ja peruuttamatta jätetyt vastaanottoajat aikuispsykiatrialla vuosina 2015-2018.

## 6.2 E-käynnit psykiatrian poliklinikoilla

Porin psykiatrian poliklinikka ja Torin psykoosiklinikka yhdistettiin hallinnollisesti vuonna 2017 (Satakunnan sairaanhoitopiirin tilinpäätös 2017, 51). Porin aikuispsykiatrian poliklinikalla E-käyntejä oli vertailuvuonna 2015 reilut 2000 kappaletta. Sakkomaksujen käyttööntovuonna 2016 peruuttamatta ja käyttämättä jääneet vastaanottoajat vähenivät selvästi, mutta nousivat jälleen kahtena seuraavana vuonna. Myös Torin psykoosiklinikalla E-käynnit vähenivät vuonna 2016 verrattuna edeltävään vuoteen ja lasku jatkui tämänkin jälkeen. Porin aikuispsykiatrian poliklinikan ja Torin psykoosiklinikan E-käyntimäärien kehitys esitetään kuviossa 2.

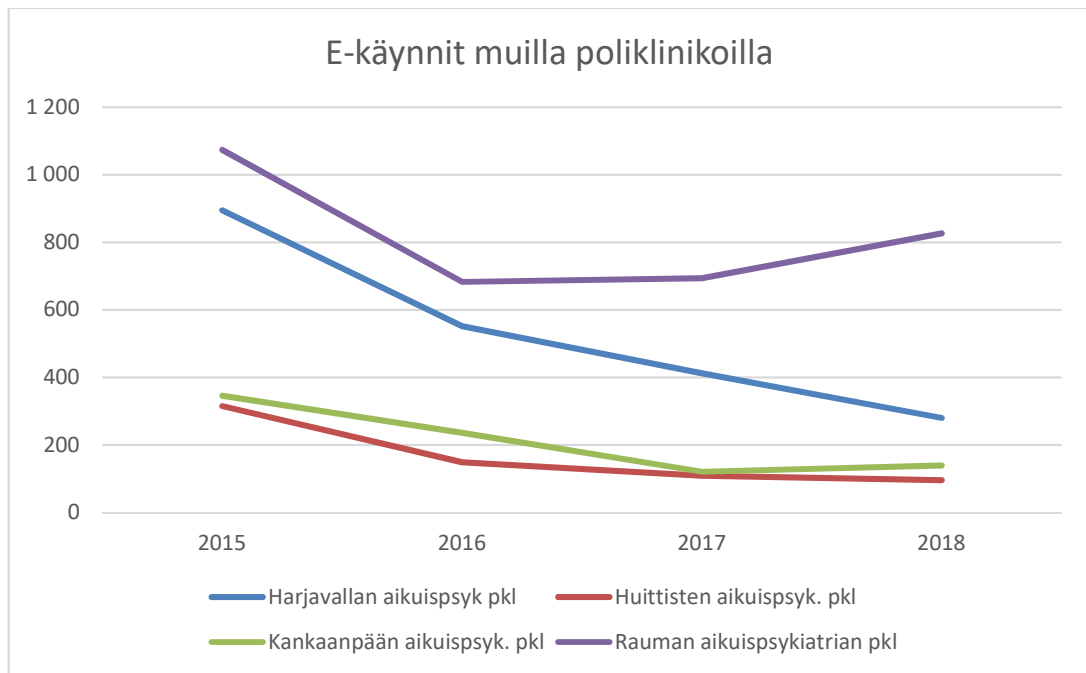


Kuvio 2. Käyttämättä ja peruuttamatta jätetyt vastaanottoajat Porin aikuispsykiatrian poliklinikalla ja Torin psykoosiklinikalla vuosina 2015-2018.

Porin ulkopuolella aikuispsykiatrian poliklinikoita on Harjavallassa, Huittisissa, Kankaanpäässä ja Raumalla. Niiden tilastot esitetään graafisesti kuviossa 3.

Harjavallan aikuispsykiatrian poliklinikalla E-käynnit laskivat vuodesta 2015 vuoteen 2016 ja lasku E-käyntien määrässä jatkui vuoteen 2018 asti. Myös Huittisten psykiatrian poliklinikalla, joka kuuluu hallinnollisesti Harjavallan poliklinikan yhteyteen, kehitys oli laskusuuntaista.

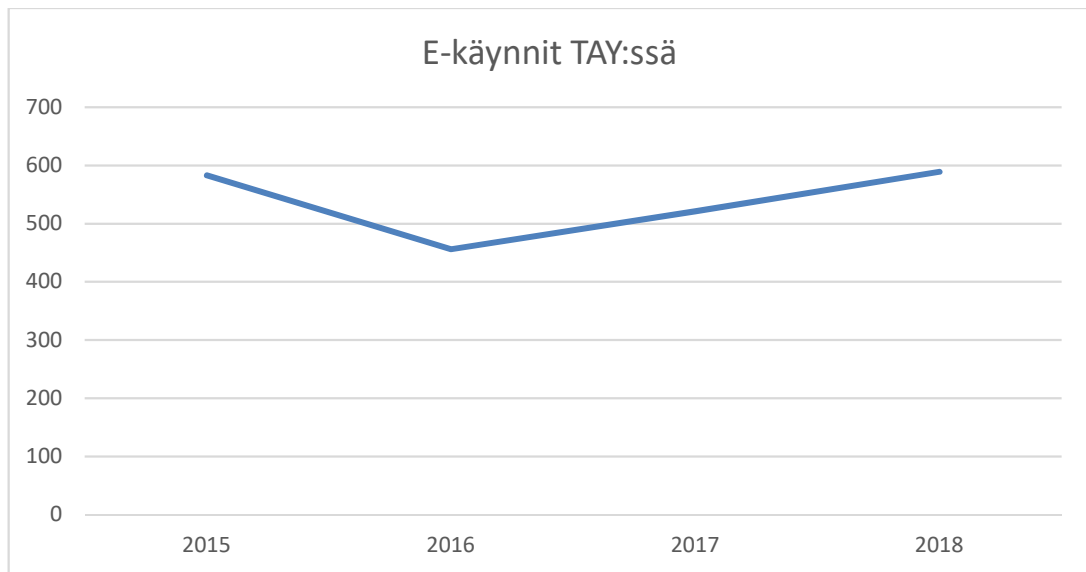
Kankaanpään poliklinikalla E-käyntien määrä laski vuosina 2016 ja 2017. Vuonna 2018 määrä nousi hieman. Rauman aikuispsykiatrian poliklinikalla puolestaan peruuttamatta ja käyttämättä jääneet vastaanottoajat vähenivät vuonna 2016, mutta nousivat jälleen kahtena seuraavana vuonna.



Kuvio 3. Käyttämättä ja peruuttamatta jätetyt vastaanottoajat Harjavan, Huittisten, Kankaanpään ja Rauman aikuispsykiatrian poliklinikoilla vuosina 2015-2018.

### 6.3 E-käynnit tehostetun avohoidon yksikössä

Tehostetun avohoidon yksikössä (TAY) vuonna 2016 tehdyt muutokset vaikuttivat vain hieman ja vuonna 2018 E-käyntien määrä oli jo noussut takaisin vuoden 2015 tasolle (kuvio 4). Kuitenkin myös yksikön toteutuneiden käyntien määrä on noussut vuosina 2015-2018 reilusta 6000 käynnistä yli 8000 käyntiin, minkä vuoksi E-käyntien määrän lisääntyminen on loogista.



Kuvio 4. Käyttämättä ja peruuttamatta jätetyt vastaanottoajat tehostetun avohoidon yksikössä vuosina 2015-2018.

#### 6.4 E-käynnit yleissairaala- ja päihdepsykiatrian poliklinikoilla

Yleissairaalapsykiatrian poliklinikoilla (ml. neuropsykiatrian poliklinikka) E-käynneissä esiintyi huomattavaa vaihtelua analysointivuosina. Päihdepsykiatrian poliklinikalla E-käyntien määrä laski vuonna 2016 eikä analysointivuosina noussut vuoden 2015 tasolle. E-käyntimäärien kehitys näissä yksiköissä esitetään kuviossa 5.



Kuvio 5. Käyttämättä ja peruuttamatta jätetyt vastaanottoajat päihdepsykiatrian ja yleissairaalapsykiatrian poliklinikoilla vuosina 2015-2018.



## 6.5 Maksetut sakkomaksut

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa myös sitä, kuinka suuresta osasta E-käyntejä laskutettiin sakkomaksu potilaalta. Satakunnan sairaanhoitopiiriltä saatiin vuosien 2016-2018 sakkomaksutuottojen määrät aikuispsykiatrialta, mutta näiden perusteella ei voitu tehdä yksikkökohtaista vertailua sakkomaksujen toimeenpanosta. Sakkomaksutuotokkaan eivät välttämättä vastaa täysin laskutettujen sakkomaksujen määrää, sillä tilastoista ei selviä, onko kaikkia sakkomaksulaskuja maksettu.

Koko aikuispsykiatrialla sakkomaksuja maksettiin kuitenkin hyvin pienestä osuudesta, noin 3-5 prosentista E-käyntejä (Liite 2). Ylihoitaja Puolakka arvioi osuuden olevan todenmukainen myös laskutettuja sakkomaksuja koskien. Hän tosin huomauttaa, että asiaa ei ole aiemmin selvitettykään. (Puolakka 2019, henkilökohtainen tiedonanto 22.9.2019.)

## 7 YHTEENVETO

Terveydenhuollon käyttämättä ja peruuttamatta jääneestä vastaanottoajasta laskutettavalla sakkomaksulla pyritään ohjaamaan potilasta palveluiden tarkoituksenmukaiseen käyttöön, vaikka alun perin päätavoitteena saattoikin olla julkisen terveydenhuollon toimijoiden taloudellisen aseman parantaminen 1990-luvun alun lamavuosina. Sakkomaksuja voidaan periä myös potilaalle muuten maksuttomista palveluista, kuten psykiatrisen avohoidon palveluista.

Mielenterveyspalvelujen kehittämisen tavoitteena on ollut tehokkaiden ja oikeaan aikaan annettujen palvelujen tarjoaminen. Tämä edellyttää avohoidon yksiköiltä ns. tyhjäkäynnin karsimista, jotta hoitoon pääsyn odotusajat eivät venyisi liian pitkiksi. Sakkomaksuja käytetään yhtenä keinona avohoidon yksiköiden toiminnan tehostamiseen, sillä niiden tarkoituksena on vähentää käyttämättä ja peruuttamatta jäävien vastaanottoaikojen määrää.

Terveydenhuollon resurssit ovat palveluiden tarpeeseen nähden suhteellisen niukat koko Suomessa ja huoltosuhteen heikkeneminen tulevina vuosina tuo lisää rahoitushaasteita terveydenhuoltoon. Resurssien tehokkaalla käytöllä on erityistä merkitystä erikoislääkäripulasta kärsivässä psykiatrisessa hoidossa sekä terveydenhuollossa yleisesti, koska yli puolet sosiaali- ja terveydenhuollon menoista aiheutuu henkilöstön palkkakustannuksista. Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisessa avohoidossa on pyritty tehostamaan toimintaa ottamalla käyttöön tekstiviestimuistutukset sekä sakkomaksu.

Sairaanhoitopiireillä on valta päättää asiakasmaksuista itsenäisesti valtakunnallisten raamien sisällä, joten myös Satakunnan sairaanhoitopiirissä tehtiin vuoden 2016 asiakasmaksuista päätettäessä sakkomaksuun erilliskorotus, mutta muihin asiakasmaksuihin vain indeksikorotus. Tällä ratkaisulla pyrittiin vähentämään tyhjäkäyntiä sairaanhoitopiirin avohoidon yksiköissä kaikilla lääketieteen erikoisaloilla. Lisäksi sakkomaksut otettiin käyttöön myös psykiatrisessa avohoidossa, jossa niitä ei aiemmin oltu peritty. Muutokset tulivat voimaan 1.3.2016.

Sakkomaksujen käyttöönotosta päätettäessä psykiatrian vastualueen johtaja Kirsi-Marja Haapasalo-Pesu toi esille huolen siitä, että uudesta käytännöstä kärsisivät eniten sairaimmat ja köyhimmät potilaat (Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallituksen pöytäkirja 25.1.2016, 5 §). Myös asiakasmaksuja yleisellä tasolla käsittelevän kirjallisuuden perusteella vakavista terveydellisistä ongelmista kärsivät potilaat maksavat tuloihinsa nähden huomattavan paljon terveydenhuollon asiakasmaksuja, sillä sairauksien tuomat ongelmat terveydessä ja toimintakyvyssä vaikuttavat heidän työkykyynsä ja siten myös tulot saattavat olla pienet. Lisäksi vakavat mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Terveydenhuollon sakkomaksu on useiden muiden potilasmaksujen tapaan ns. kiinteä asiakasmaksu, jonka suuruus ei riipu potilaan tulojen suuruudesta.

Julkisen terveydenhuollon perimät sakkomaksut ovat ulosottokelpoisia siinä missä muutkin asiakasmaksut, joten yhteiskunnallista merkitystä on myös sillä, kuinka paljon niitä päätyy perintätoimistoille perittäviksi ja lopulta ulosottoon. Tällöin sakkomaksut tuskin ovat ainoita potilaalla ulosottoon päätyneitä maksuja, mutta ne ovat siitä huolimatta osaltaan kasvattamassa potilaan velkataakkaa. Tämän vuoksi

sakkomaksujen toimeenpanossa tulee käyttää harkintaa. Satakunnan sairaanhoitopiirissä on kuitenkin luotu toimiva ohjeistus, jonka avulla huono-osaisimmille potilaille koituvia haittoja minimoidaan. Myös tekstiviestimuistutusten käyttöönotto alkuvuonna 2016 on todennäköisesti auttanut potilaita saapumaan vastaanotolle sovittuna ajankohtana.

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisessa avohoidossa vuonna 2016 tehdyillä muutoksilla (tekstiviestimuistutusten ja sakkomaksujen käyttöönotto) on ollut pääasiassa positiivinen vaikutus peruuttamatta ja käyttämättä jääneiden vastaanottoaikojen määriin. Näitä ns. E-käyntejä esiintyy edelleen jonkin verran, mutta sakkomaksutuottojen perusteella suurin osa E-käynneistä ei ole antanut aiheutta lähettää potilaalle sakkomaksulaskua.

Asiakasmaksulain 3 §:n mukaan sakkomaksua ei toimeenpanna, mikäli potilaan poistumiseen on ollut hyväksyttävä syy. Psykiatrian avohoidon yksiköiden työntekijät arvioivat oma-aloitteisesti sakkomaksun aiheellisuuden. Käytössä olevan ohjeistuksen mukaan käynniltä ilmoittamatta pois jääneen potilaan toimintakyky arvioidaan SOFAS-mittarilla, jos häntä ei tavoiteta puhelimitse. Mikäli potilaan toimintakyky on arvioinnin mukaan alentunut, sakkomaksua ei laskuteta.

Sakkomaksuja on Satakunnan sairaanhoitopiirin tilastojen perusteella maksettu noin 3-5 prosentista psykiatrisen avohoidon E-käyntejä. Avohoidon ylihoitaja Puolakka arvioi laskutettujen sakkomaksujen osuuden olevan samaa luokkaa (henkilökohtainen tiedonanto 22.9.2019). Sakkomaksukertymän pienuus verrattuna E-käyntien määrään kertoo osaltaan siitä, että vastaanotolta pois jääneiden potilaiden toimintakyvyn on useimmiten arvioitu alentuneen eikä sakkomaksua ole laskutettu. Toki potilaan poistumiseen voi tällöin olla myös muu hyväksyttävänä pidetty syy, sillä näitä syitä ei ole tilastointia varten eritelty.

Uusien käytäntöjen käyttöönotto voi toisinaan viedä hieman aikaa. Joissakin yksiköissä, kuten Porin psykiatrian poliklinikalla, E-käyntien määrä laski reilusti vuonna 2016, mutta kääntyi sen jälkeen nousuun. On epävarmaa, johtuiko tämä muutoksesta potilaiden vai henkilökunnan toiminnassa. Kysyttäessä analysoinnin kohteena olleiden yksiköiden mielteitä tuloksista esille nousi se, että E-käyntejä koskeva ohjeistus on

saattanut vaihdella. Käynniltä pois jäänyttä potilasta on mahdollisesti pyritty tarmokkaammin tavoittamaan puhelimitse heti muutoksen astuttua voimaan vuonna 2016. Mikäli potilas on tavoitettu, käynti on ohjeen mukaisesti muutettu käynnin korvaavaksi soitoksi eikä se näin ollen ole kirjautunut E-käyntitilastoon. (Puolakka 2019, henkilökohtainen tiedonanto 22.9.2019.)

Joka tapauksessa peruuttamatta ja käyttämättä jääneet vastaanottoajat ovat vähentyneet aikuispsykiatrialla vuoden 2016 muutosten jälkeen. Sama vaikutus näkyy myös joissakin yksittäisissä avohoidon yksiköissä, kuten esimerkiksi Harjavallan aikuispsykiatrian poliklinikalla. Tämä vähentää ns. tyhjäkäyntiä näissä yksiköissä ja siten tehostaa resurssien käyttöä. Valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti myös Satakunnassa on vähennetty laitoshoidon potilaspaiikkoja ja pyritty tehostamaan avohoitoa.

Tämän opinnäytetyön datana käytettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin tilastoja koskien käyttämättä ja peruuttamatta jätettyjä vastaanottoaikoja (ns. E-käynnejä) sekä niiden vuoksi maksettuja ns. sakkomaksuja. Tutkimussuunnitelmaa laadittaessa ei ollut tarkkaa tietoa siitä, millaisia tilastoja Satakunnan sairaanhoitopiiriltä oli mahdollista saada. Etukäteen toivoin saavani laskutetuista sakkomaksuista yksikkökohtaiset tilastot, mutta maksetut sakkomaksut oli tilastoitu aikuispsykiatrialta kokonaisuudessaan. Kun kuitenkin otetaan huomioon se, että sakkomaksutuottoja kertyi noin 3-5 prosentista kaikista aikuispsykiatrian E-käynneistä, ei yksikkökohtainen tarkastelu olisi ollut mielekäästäkään, koska määrät olisivat olleet hyvin pieniä.

Opinnäytetyössä ei ole kartoitettu vuonna 2016 tehtyjen muutosten kustannusvaikutusta tai sitä, soveltavatko eri yksiköt käytössä olevaa yhteistä ohjeistusta samalla tavalla. Kuten aiemmin tässä luvussa kävi ilmi, käytännöt ovat vaihdelleet. Niiden vakiintuminen kuitenkin vie aikaa, joten tätä olisi mielekäästä selvittää vasta sitten, kun yksiköissä koetaan sakkomaksun toimeenpanon olevan rutiinia. Vaikka tässä vaiheessa muutoksesta on jo reilut kolme vuotta, se saattaa työntekijöille tuntua yhä tuoreelta. Terveystalouksissa kuitenkin edellytetään erikoissairaanhoidon palveluilta yhdenvertaisuutta, jonka voidaan ajatella koskevan myös sakkomaksukäytäntöjä eri yksiköissä.

## LÄHTEET

Airio, I. & Niemelä, M. 2015. Terveysthuollon rahoitus. Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L.-K. (toim.) Terveysthuollon muutokset: Poliittika, järjestelmä ja seuraukset. Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 3.2.2019. [http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98488/Terveysthuollon%20muutokset\\_2015.pdf](http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98488/Terveysthuollon%20muutokset_2015.pdf)

Asetus sosiaali- ja terveysthuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912 muutoksineen

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062 muutoksineen

HE 104/1991 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain 21 §:n ja erikoissairaanhoidolain 37 §:n muuttamisesta

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita. Viitattu 29.9.2019. <https://www.eliblibrary.com/book/978-951-37-6495-1>

Hetema, T., Ilmarinen, K., Keskimäki, I., Koivusalo, M., Liukko, E., Parhiala, K. & Reissel, E. 2018. Asiakasmaksut Suomessa. Teoksessa Vaalavuo, M. (toim.) 2018. Sosiaali- ja terveysthuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018. Viitattu 3.3.2019. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136441/30-2018-Asiakasmaksut.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Keski-Suomen sairaanhoidopiirin kuntayhtymän www-sivut. 2019. Viitattu 13.8.2019. <https://www.ksshp.fi>

Kuntalaki 10.4.2015/410 muutoksineen

Laki erikoissairaanhoidolain 37 §:n muuttamisesta 31.1.1992/73

Laki sosiaali- ja terveysthuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734 muutoksineen

Lammintakanen, J. & Rissanen, S. 2017. Poliittika ja strategia sosiaali- ja terveystjohtamisessa. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. Sosiaali- ja terveystjohtaminen. Sanoma Pro. Viitattu 23.2.2019. <https://www.eliblibrary.com/book/978-952-63-4952-7>

Lönnqvist, J., Moring, J. & Vuorilehto, M. 2017. Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Duodecim. Viitattu 3.2.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04497>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 muutoksineen

- Moring, J. 2013. Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.3.2019. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN\\_ISBN\\_978-952-245-814-8.pdf](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-814-8.pdf)
- Niemelä, M. & Saarinen, A. 2015. Terveydenhuoltopolitiikan muutokset. Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L.-K. (toim.) Terveydenhuollon muutokset: Poliitiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 3.2.2019. [http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98488/Terveysdenhuollon%20muutokset\\_2015.pdf](http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98488/Terveysdenhuollon%20muutokset_2015.pdf)
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut 1.1.2019 alkaen. Viitattu 13.8.2019. [https://www.siun-sote.fi/documents/4823935/4967709/Siun-sote\\_asiakasmaksut\\_2018/878613f6-30b1-4606-bbed-fba38d174715](https://www.siun-sote.fi/documents/4823935/4967709/Siun-sote_asiakasmaksut_2018/878613f6-30b1-4606-bbed-fba38d174715)
- Puolakka, K. 2018. Ylihoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri. Henkilökohtainen tiedonanto (puhelu) 14.9.2018
- Puolakka, K. 2019. Ylihoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri. Henkilökohtainen tiedonanto (tapaaminen) 8.2.2019
- Puolakka, K. 2019. Ylihoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri. Henkilökohtainen tiedonanto (sähköpostiviesti) 11.4.2019
- Puolakka, K. 2019. Ylihoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri. Henkilökohtainen tiedonanto (sähköpostiviesti) 22.9.2019
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2017. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Sanoma Pro. Viitattu 23.2.2019. <https://www.ellibslibrary.com/book/978-952-63-4952-7>
- Rotko, T. & Manderbacka, K. 2015. Sosioekonomiset erot terveydessä ja terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L.-K. (toim.) Terveydenhuollon muutokset: Poliitiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampereen Yliopistopaino Oy. Viitattu 3.2.2019. [http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98488/Terveysdenhuollon%20muutokset\\_2015.pdf](http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98488/Terveysdenhuollon%20muutokset_2015.pdf)
- SataDiagin www-sivut. 2019. Viitattu 26.1.2019. <https://www.satadiag.fi>
- Satakunnan sairaanhoitopiirikonsernin konserniohjeet 1.10.2013 lukien. 2013. Viitattu 26.1.2019. <http://www.satasairaala.fi/tietoa-meista/saaduskokoelma/Documents/1.10%20Konserniohjeet%201.10.2013.pdf>
- Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintosääntö 1.12.2018. Viitattu 26.1.2019. <http://www.satshp.fi/tietoa-meista/saaduskokoelma/Documents/1.02%20Hallintos%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6%201.12.2018-.pdf>
- Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimus. 2009. Viitattu 26.1.2019. <http://www.satshp.fi/tietoa-meista/saaduskokoelma/Documents/1.01%20Perussopimus%201.1.2009%20-.pdf>

Satakunnan sairaanhoitopiirin tilinpäätös 2015. Viitattu 12.5.2019. <http://www.sata-sairaala.fi/tietoa-meista/tilastot-ja-raportit/Tilinpalkset/Tilinpalkset%202015.pdf>

Satakunnan sairaanhoitopiirin tilinpäätös 2016. Viitattu 12.5.2019. <http://www.sata-sairaala.fi/tietoa-meista/tilastot-ja-raportit/Tilinpalkset/Tilinpalkset%202016.pdf>

Satakunnan sairaanhoitopiirin tilinpäätös 2017. Viitattu 12.8.2019. <https://www.sata-sairaala.fi/sites/default/files/2019-06/Tilinpalkset%202017.pdf>

Satakunnan sairaanhoitopiirin tilinpäätös 2018. Viitattu 12.8.2019. <https://www.sata-sairaala.fi/sites/default/files/2019-06/Tilinpalkset%202018.pdf>

Satakunnan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2019. Viitattu 26.5.2019. <http://www.sata-sairaala.fi/>

Satakunnan sairaanhoitopiirin yhtymähallituksen pöytäkirja 25.1.2016. Viitattu 17.9.2018. <http://poytakirjat.satshp.fi:8081/ktweb/>

Sopimus yhteistoiminnan toteuttamisesta Satakunnan sairaanhoitopiirissä 1.1.2016 lukien. Viitattu 26.1.2019. <http://www.satasairaala.fi/tietoa-meista/saadostokielma/Documents/1.15%20Yhteistoimintasopimus%201.1.2016%20-.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2019. Viitattu 20.1.2019. <https://stm.fi/>

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731 muutoksineen

Suvisaari, J., Joukamaa, M. & Lönnqvist, J. 2019a. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. Teoksessa Psykiatria. Duodecim verkkoaineisto 11.3.2019. Viitattu 5.10.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr02600/do>

Suvisaari, J., Joukamaa, M. & Lönnqvist, J. 2019b. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys Suomessa. Teoksessa Psykiatria. Duodecim verkkoaineisto 11.3.2019. Viitattu 5.10.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/pkr02603/do>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 muutoksineen

Tuori, K. & Kotkas, T. Sosiaalioikeus. Alma Talent. Viitattu 28.4.2019. <https://verkkokirjahylly-almatalent-fi.lillukka.samk.fi/teos/DABBXXBUAGHH>

Vaalavuo, M. (toim.) 2018. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018. Viitattu 3.3.2019. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136441/30-2018-Asiakasmaksut.pdf>

Vainio, S., Järvelin, J., Kääriäinen, S. & Passoja, S. 2018. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2017. THL Tilastoraportti 33/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.3.2019. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33\\_18.pdf](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136978/tr33_18.pdf)

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. PS-kustannus. Viitattu 13.8.2019. <https://www.ellibslibrary.com/book/978-952-451-661-7>

Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta 1350/2015

Valtonen, H. 2017. Sosiaali- ja terveydenhuollon talous. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Sanoma Pro. Viitattu 23.2.2019. <https://www.ellibslibrary.com/book/978-952-63-4952-7>

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2017. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Viitattu 17.3.2019. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136063/89-2017-Yhdessa-Mielin\\_valmis.pdf](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136063/89-2017-Yhdessa-Mielin_valmis.pdf)



## E-KÄYNTJÄ KOSKEVAT TILASTOT VUOSILTA 2015-2018

## E-käynnit aikuispsykiatrialla 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
Aikuispsykiatria yhteensä	8877	5167	4826	5040

## E-käynnit analysoiduissa yksiköissä 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
Porin aikuispsykiatrian pkl	2 035	1 221	1 484	1 784
Torin psykoosiklinikka	818	281	187	142
Harjavalan aikuispsyk pkl	895	552	412	280
Huittisten aikuispsyk. pkl	315	149	109	96
Kankaanpään aikuispsyk. pkl	346	236	121	140
Rauman aikuispsykiatrian pkl	1 074	683	694	827
Tehostetun avohoidon yksikkö	583	456	521	589
Yleissairaalapsykiatrian pkl	210	135	325	175
Päihdepsykiatrian pkl	626	352	297	364

## LASKUTETUT SAKKOMAKSUT VUOSINA 2016-2018

Vuosi	2015	2016	2017	2018
Sakkomaksutuotot		7861,90	12739,50	9397,40
Sakkomaksu/E-käynti		51,40	51,40	50,80
SAKKOKÄYNTIEN MÄÄRÄ		153	248	185
E-käyntien määrä	8877	5167	4826	5040
Sakkokäyntien osuus E-käynneistä		<b>3,0 %</b>	<b>5,1 %</b>	<b>3,7 %</b>