

Perustuslakivaliokunnalle

Pyydettyä lausuntona hallituksen esityksestä (HE 74/2022 vp) eduskunnalle terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi esitän kunnioittaen seuraavaa.

Esityksen tavoitteena on vahvistaa terveydenhuollon peruspalveluja ja parantaa palvelujen saatavuutta lyhentämällä kiireettömään hoitoon pääsylle perusterveydenhuollossa säädettyjä enimmäisaikoja. Peruspalveluja vahvistamalla pyritään kaventamaan ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja edistämään näin yhdenvertaisuutta. Uudistus kytkeytyy sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen. Hyvinvointialueiden järjestämisen terveydenhuollon lisäksi se koskisi Kansaneläkelaitoksen järjestämää ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisen Vankiterveydenhuollon yksikön järjestämää vankiterveydenhuoltoa. Säättämällä nimenomaisesti hoitoon pääsyn määräaajoista vankiterveydenhuollossa tavoitellaan normaalisuuseriaa ja yhdenvertaisuuden toteutumista. (Perustelut s. 65–66)

Sääntämisjärjestysperusteluissa (s. 142–150) lakiehdotuksia arvioidaan keskeisten ihmisoikeussopimusten sekä oikeutta riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin (PL 19 § 3 mom.), yhdenvertaisuutta ja syrjintäkieltoa (PL 6 § 1 ja 2 mom.), kielellisiä perusoikeuksia (PL 17 §), perus- ja ihmisoikeuksien turvaamisvelvoitetta (PL 22 §) ja alueellista itsehallintoa (PL 121 § 4 mom.) koskevien perustuslain säännösten kannalta.

Tarkastelen seuraavassa ehdotetun sääntelyn toteutettavuutta ja esityksen taloudellisia vaikutuksia perustuslain 19 §:n 3 momentin ja 6 §:n näkökulmasta.

Sääntelyn toteutettavuus

Esityksellä tiukennettaisiin hoitoon pääsyn enimmäisaikoja perusterveydenhuollossa ja perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa (1. lakiehdotus 51a ja 51b §). Uudistus toteutettaisiin asteittain niin, että siirtymäaikana (1.9.2023–31.10.2024) tiukennukset olisivat lievempiä (2. lakiehdotus 51a ja 51b § ja voimaantulosäännös) ja tulisivat täydellä tehollaan voimaan vasta 1.11.2024 (1. lakiehdotus voimaantulosäännös).

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Säännökselle, erityisesti sen alkuosalle, on vakiintunut *perustuslakivaliokunnan* käytännössä tietty oikeudellinen sisältö ja arviointiperusteet. Lähtökohtana palvelujen riittävyysarvioimisessa on sellainen palvelujen taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Viittaus jokaiseen terveyspalveluihin oikeutettuna edellyttää viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävydestä. Oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään. Kysymys on etenkin palvelujen saatavuuden turvaamisesta. Palvelujen järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat kuitenkin välillisesti myös muut perusoikeussäännökset, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö. (Esim. *PeVL 17/2021 vp*, kohdat 69 ja 71 ja niillä viitatut lausunnot ja mietinnöt; *HE 309/1993 vp* s. 71/II).

Sääntelyn toteutettavuus ja sen suhde perustuslain 19 §:n 3 momenttiin ovat nousseet esiin perustuslakivaliokunnan tuoreessa lausuntokäytännössä, joka on koskenut eräisiin vanhus- ja toisaalta lastensuojelupalveluihin ehdotettuja henkilöstömitoituksia. Valiokunnan mukaan ehdotuksiin on liittynyt riski, että henkilöstöresurssien niukkuuden vuoksi henkilöstöä siirtyy mitoituksen piiriin kuuluviin tehtäviin, jolloin muiden palvelujen saatavuus heikkenee. Valiokunta on sen vuoksi kehottanut sosiaali- ja terveysvaliokuntaa kiinnittämään erityistä huomiota ammattitaitoisen ja pätevän henkilöstön saatavuuteen. Se on pitänyt myös tärkeänä, että valtioneuvosto seuraa tarkoin uudistuksen vaikutuksia oikeuksien toteutumiseen. (*PeVL 15/2020 vp* s. 6–7, *PeVL 45/2021 vp* s. 4)

Henkilöresurssien niukkuus muodostaa riskin myös nyt ehdotetun uudistuksen toimeenpanolle, kuten esityksen perusteluissa todetaan. Asiaan kiinnitettiin huomiota myös esitysluonnoksesta annetuissa lausunnoissa (s. 81, 108). Pulaa on erityisesti lääkäreistä mutta myös sairaanhoitajista ja kuntoutuksen terapeuteista (s. 86–87). Lääkäriliiton selvityksen mukaan lokakuussa 2021 terveyskeskuksissa oli lähes 300 lääkärin tehtävää täyttämättä. Vaikein tilanne on Pohjois-Karjalan, Kainuun ja Etelä-Karjalan hyvinvointialueilla. Niillä lääkärivaje selvityksessä oli yli 20 prosenttia (s. 86).

Perustelujen mukaan uudistus toisaalta kasvattaa erityisesti laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden, pääsääntöisesti lääkäreiden ja sairaanhoitajien, tarvetta. Näiden ammattihenkilöiden riittävä määrä on avainasemassa uudistuksen toimeenpanossa (s. 85). Esimerkiksi vuonna 2023 henkilöstön lisätarpeeksi arvioidaan 226 lääkärin ja 208 sairaanhoitajan henkilötövuotta ja vuodesta 2026 lähtien 672 lääkärin ja 476 sairaanhoitajan henkilötövuotta (s. 72). Työpanoksen laskennallisen tarpeen arvioidaan painottuvan vähitellen enenevissä määrin lääkäreihin, koska perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kasvava kysyntä kohdistuu lähinnä lääkäripalveluihin. Tarve vaihtelee kuitenkin hyvinvointialueittain riippuen ”alueellisista valinnoista ja painotuksista tarvittavan lisähenkilöstön ja sen eri ammattiryhmien, digitalisaation ja muiden uusien toimintamallien sekä ostopalveluiden ja palvelusetelien osalta” (s. 85).

Kun ammattihenkilöistä on puutetta, hoitoon pääsyn enimmäisaikojen tiukentaminen voi johtaa hoitoon pääsyyn panostamiseen hoidon jatkuvuuden kustannuksella. Perus-

telujen mukaan lausuntokierroksella noin kolme neljästä hyvinvointialueiden (sisältäen hyvinvointialueet, kunnat ja kuntayhtymät) vastaajasta katsoi, että hoitotakuun tiukentamisesta ehdotetussa muodossa seuraisi todennäköisesti hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden vaarantuminen (s. 81–82). Kärsijöinä olisivat erityisesti paljon palveluja tarvitsevat, kuten mielenterveyspotilaat ja päihdepalvelujen asiakkaat (s. 94, 99).

Riskiä on pyritty esityksessä pienentämään uudistuksen asteittaisella voimaantulolla, jolloin hyvinvointialueille jäisi aikaa varautua määräaikojen tiukentumiseen (s. 110–111). Hoitoon pääsyn enimmäisaika perusterveydenhuollossa lyhenisi nykyisestä kolmesta kuukaudesta ensin 14 vuorokauteen ja 14 kuukauden siirtymäajan jälkeen seitsemään vuorokauteen. Perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa vastaavat enimmäisajat olisivat neljä kuukautta ja kolme kuukautta nykyisen kuuden kuukauden asemesta.

Riskiin hoidon jatkuvuuden vaarantumisesta liittyy nähdäkseni se, etteivät ehdotetut enimmäisajat näyttäisi koskevan mm. hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisia hoitotapahtumia. Tosin tällöinkin ensimmäinen hoito- tai kuntoutustapahtuma olisi järjestettävä ”kohtuullisessa ajassa” ottaen huomioon ”potilaan terveydentila, työ-, opiskelu- ja toimintakyky, palveluiden tarve ja hänen sairautensa tai vammansa ennakoitavissa oleva kehitys”. (1. lakiehdotus 51a § 3 ja 4 mom.) Perustelujen mukaan hoidon järjestäminen hoito- tai kuntoutussuunnitelman mukaisesti ei oikeuttaisi rytmittämään hoitokäyntejä hyvän hoitokäytännön vastaisesti, vaan jatkohoito ja hoidon kokonaisuus olisi toteutettava lainsäädännön sekä kansallisten terveydenhuollon ja lääketieteellisten suositusten, mm. Käypä hoito -suositusten, mukaisesti (s. 122).

Kaiken kaikkiaan esitetty uudistus nopeuttaisi toteutuessaan hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa, mukaan lukien perusterveydenhuoltoon kuuluva suun terveydenhuolto. Se parantaisi hoidon saatavuutta ja turvaisi perustuslain 19 § 3 momentissa tarkoitettujen oikeuksien toteutumista. Se myös edistäisi *yhdenvertaisuutta* (PL 6 §), sillä hoitoon pääsyn nopeutuminen yhtenäistäisi hoitoon pääsyajoja maan eri osissa. Uudistukseen liittyvien riskien laukeaminen saattaisi toisaalta vaarantaa hoidon jatkuvuutta ja vaikuttaa haitallisesti perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisten oikeuksien toteutumiseen. Riskit kohdentuisivat erityisesti paljon palveluja tarvitseviin, mikä olisi ongelmallista myös yhdenvertaisuusperusoikeuden kannalta. Riskien toteutumisen todennäköisyyttä on vaikea arvioida, sillä vaikutukset riippuvat myös hyvinvointialueiden toimenpiteistä.

Kokonaisarvioni perustuslain näkökulmasta on myönteinen, edellä todetuin varauksin. Erityistä huomiota on tässäkin yhteydessä syytä kiinnittää ammattitaitoisen ja pätevän henkilöstön saatavuuteen. Uudistuksen toimeenpanoa on syytä seurata tarkasti ja ryhtyä tarvittaessa toimenpiteisiin mahdollisesti ilmenevien epäkohtien korjaamiseksi.

Taloudelliset vaikutukset

Perustelujen mukaan uudistuksen toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia on vaikea arvioida ”asian monimutkaisuuden ja yhtäaikaisten sekoittavien tekijöiden vuoksi” (s.

70). Syynä on myös tietopohjan puutteellisuus. Luotettavasti vaikutukset ovat todennäköisesti todennettavissa vasta jälkeinpäin (s. 69–70). Uudistuksen arvioidaan kuitenkin kasvattavan hyvinvointialueiden menoja nykyisestä kokonaisuudessaan arviolta 71 miljoonaa euroa vuonna 2023, 112 miljoonaa euroa vuonna 2024, 126 miljoonaa euroa vuonna 2025 ja 124 miljoonaa euroa vuodesta 2026 lukien (s. 74). Menolisäykset jakautuisivat epätasaisesti hyvinvointialueiden välillä (s. 72). Erityisen vaikeaksi uudistuksen toimeenpano muodostuisi Etelä- ja Kaakkois-Suomessa sijaitseville hyvinvointialueille, joilla perusterveydenhuollon avosairaanhoidon on käytetty keskimääräistä vähemmän rahaa asukasta kohden (s. 75).

Valtio vastaa 1.1.2023 alkaen hyvinvointialueen (ja Helsingin kaupungin) järjestämisen velvollisuuden piiriin kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta. Asiaa koskeva laki hyvinvointialueen rahoituksesta (617/2021) on säädetty perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella. Siihen liittyvässä lausunnossa perustuslakivaliokunta toteaa perustuslain 22 §:n mukaiseen perusoikeuksien toteuttamisvastuuseen kuuluvan valtion vastuu huolehtia siitä, että hyvinvointialueilla on käytännön edellytykset suoriutua velvoitteistaan. Rahoitusperiaatteen merkitystä sosiaali- ja terveystaloudessa korostaa myös perustuslain 19 §:n 3 momentti. Ratkaisevassa asemassa hyvinvointialueille osoitettujen tehtävien asianmukaisen hoitamisen turvaamisessa ovat valtion rahoituksen riittävyys ja sen oikea kohdentaminen. Sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen rahoituksen tulee vastata riittävästi palvelutarvetta ja turvata se, etteivät sosiaali- ja terveystaloudellisten palveluista perittävät asiakasmaksut siirrä suuruudellaan palveluja niitä tarvitsevien ulottumattomiin (PeVL 17/2021 vp kohdat 93–96).

Asiakasmaksulakiin (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992) ei ehdoteta tässä yhteydessä muutoksia. Perusteluissa arvioitu asiakasmaksutulojen kasvu aiheutuisi yksinomaan palvelujen volyyymissa tapahtuvista muutoksista (s. 74). Esitykseen ei liity nähdäkseni ongelmia tässä suhteessa.

Hoitoon pääsulle säädettyvät uudet enimmäisajat koskisivat myös Kansaneläkelaitoksen järjestämää ja YTHS:n tuottamaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa (3. ja 4. lakiehdotus). Tästä YTHS:lle aiheutuvat lisäkustannukset olisivat noin 0,9 miljoonaa euroa vuonna 2023, noin 1,3 miljoonaa euroa vuonna 2024 ja noin 1,7 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien. Opiskeluterveydenhuollon rahoitus jakautuu valtion (77 %) ja opiskelijoiden (23 %) kesken (s. 75–77). Esitetyn arvion mukaan lisäkustannus yhtä opiskelijaa kohden olisi vuodesta 2025 lukien noin 1,44 euroa (s. 80). Kun lisäksi otetaan huomioon korkeakouluopiskelijan oikeus käyttää hyvinvointialueen järjestämiä terveystaloudellisia palveluja yhdenvertaisesti alueen muiden asukkaiden kanssa, esitykseen ei näyttäisi liittyvän ongelmia tältäkin kannalta.

Tampereella 6. kesäkuuta 2022

Raija Huhtanen
julkisoikeuden professori (emerita)