

SISÄLLYSLUETTELO

1 KANTELU

2 KANTELUN JOHDOSTA HANKITTU SELVITYS

3 ERIKOISSAIRAANHOIDON JÄRJESTÄMINEN JÄSENKUNNISSA

3.1 Jäsenkuntien näkemykset

- 3.1.1 Askolan kunta
- 3.1.2 Espoon kaupunki
- 3.1.3 Hangon kaupunki
- 3.1.4 Helsingin kaupunki
- 3.1.5 Hyvinkään kaupunki
- 3.1.6 Inkoon kunta
- 3.1.7 Järvenpään kaupunki
- 3.1.8 Karjaan kaupunki
- 3.1.9 Karjalohjan kunta
- 3.1.10 Karkkilan kaupunki
- 3.1.11 Kauniaisten kaupunki
- 3.1.12 Keravan kaupunki
- 3.1.13 Kirkkonummen kunta
- 3.1.14 Lapinjärven kunta
- 3.1.15 Liljendalin kunta
- 3.1.16 Lohjan kaupunki
- 3.1.17 Loviisan kaupunki
- 3.1.18 Mäntsälän kunta
- 3.1.19 Myrskylän kunta
- 3.1.20 Nummi-Pusulan kunta
- 3.1.21 Nurmijärven kunta
- 3.1.22 Pernajan kunta
- 3.1.23 Pohjan kunta
- 3.1.24 Pornaisten kunta
- 3.1.25 Porvoon kaupunki
- 3.1.26 Sammatin kunta
- 3.1.27 Sipoon kunta
- 3.1.28 Siuntion kunta
- 3.1.29 Tammisaaren kaupunki
- 3.1.30 Tuusulan kunta
- 3.1.31 Vantaan kaupunki
- 3.1.32 Vihdin kunta

3.2 Potilasasiamiesten ja Suomen Potilasliiton näkemykset

- 3.2.1 Potilasasiamiesten esittämät näkemykset
 - 3.2.1.1 Jäsenkuntien terveyskeskusten potilasasiamiesten näkemykset
 - 3.2.1.2 HUS:n potilasasiamiesten näkemykset
- 3.2.2 Suomen Potilasliiton näkemykset

3.3 Suomen Kuntaliiton näkemys

4 OIKEUSOHJEET

4.1 Terveyspalveluja koskevat perustuslain säännökset

4.2 Kuntien asema

4.2.1 Kuntien itsehallinto

4.2.2 Kunnan tehtävät

4.2.3 Kunnan talous

4.3 Kuntien velvollisuus järjestää terveyspalveluja

4.3.1 Perusterveydenhuollon järjestäminen

4.3.2 Erikoissairaanhoidon järjestäminen

4.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus

4.5 Potilaan asema ja oikeudet

4.6 Terveystenhuollon ammattihenkilöiden tehtävät

5 ARVIOINTIA

5.1 Erikoissairaanhoidon järjestäminen

5.1.1 Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asema ja tehtävät

5.1.1.1 Kunnan järjestämisvelvollisuus

5.1.1.2 Suhde potilaslakiin

5.1.1.3 Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävät

5.1.1.4 Suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä

5.1.2 Kuntakohtaiset erot erikoissairaanhoidon järjestämisessä

5.1.2.1 Yhdenvertaisuusperiaate

5.1.2.2 Kuntakohtaiset erot

5.1.3 Johtopäätös

5.2 Oikeus terveyspalveluihin

5.2.1 Pääsy hoitoon

5.2.1.1 Lähtökohtana yksilöllinen hoidon tarve

5.2.1.2 Jonoon asettaminen

5.2.1.3 Kiireellisen hoidon käsite

5.2.2 Hoitoon pääsyn ohjaamiskeinoja

5.2.2.1 Tavoitehjelmat ja hoitosuoritukset

5.2.2.2 Valtioneuvoston periaatepäätös

5.2.3 Johtopäätös

5.3 Erikoissairaanhoidon toteuttaminen HUS:n kuntayhtymässä

5.3.1 Terveysuunnittelu, palvelusopimukset ja talousarvion mitoitus

5.3.1.1 Terveysuunnittelu ja palvelusopimukset

5.3.1.2 Talousarvion mitoitus

5.3.2 Pääsy hoitoon

5.3.2.1 Talousarvion ylittymisen tilanne

5.3.2.2 Jonot

5.3.2.3 Arviointia

5.3.3 Johtopäätökset

6 TOIMENPITEET

15.11.2002

488/4/00

PÄÄTÖS KANTELUUN ERIKOISSAIRAANHOIDON JÄRJESTÄMISESTÄ HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Ratkaisija: Oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio

Esittelijä: Vanhempi oikeusasiamiehensihteeri Kaija Tanttinen-Laakkonen

1 KANTELU

Kansanedustaja Eero Akaan-Penttilä osoitti 21.2.2000 eduskunnan oikeusasiamiehelle kantelukirjoituksen, joka koski erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestelyjä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (jäljempänä HUS) alueella.

Erityisesti Akaan-Penttilä arvosteli jäsenkuntia jatkuvasta alibudjetoinnista ja kiinnitti huomiota niiden sairaanhoitopiiriltä tilattavien palvelujen vähäisyyteen. Hän pyysi eduskunnan oikeusasiamiestä selvittämään, toteutuvatko HUS:n alueella ne potilaiden perusoikeudet, jotka heille on lainsäädännössä turvattu. Hän totesi, että pelkästään taloudelliseen näkökulmaan perustuva katsantokanta näyttää aiheuttavan entistä suuremmat säästötoimet niin että potilaita jää entistä enemmän tarpeelliseksi katsotun hoidon ulkopuolelle.

Akaan-Penttilä lähetti asiassa vielä 4.9.2001 päiväämänsä lisäkirjoituksen.

2 KANTELUN JOHDOSTA HANKITTU SELVITYS

Kantelukirjoituksen johdosta kuulin sosiaali- ja terveysministeriötä, Etelä-Suomen lääninhallitusta, HUS:n kuntayhtymän hallitusta ja jäsenkuntia. Lisäksi kuulin HUS:n kuntayhtymän jäsenkuntien terveyskeskusten potilasasiamiehiä, HUS:n kuntayhtymän potilasasiamiehiä ja Suomen Potilasliittoa. Varasin myös Suomen Kuntaliitolle tilaisuuden antaa lausunnon. Vielä kuulin HUS:n kuntayhtymän jäsenkuntien terveyskeskusten vastaavia lääkäreitä ja HUS:n kuntayhtymän toimitusjohtajaa ja johtajaylilääkäreitä. Akaan-Penttilä antoi vastineensa selvityksiin 30.6.2000 ja 29.11.2001.

Edellä sanottu selvitys on yksilöitynä seuraava:

- 1) sosiaali- ja terveysministeriön lausunto 23.5.2000,
- 2) Etelä-Suomen lääninhallituksen lausunto 12.5.2000,
- 3) HUS:n kuntayhtymän hallituksen selvitys 17.5.2000,
- 4) jäsenkuntien antamat selvitykset: Askolan kunnan selvitys 28.5.2001, Espoon kaupungin selvitys 28.5.2001, Hangon kaupungin selvitys 14.5.2001, Helsingin kaupungin selvitys 31.5.2001, Hyvinkään kaupungin selvitys 21.5.2001, Inkoon kunnan selvitys 30.5.2001, Järvenpään kaupungin selvitys 14.5.2001, Karjaan kaupungin selvitys 21.5.2001, Karjalohjan kunnan selvitys 20.5.2001, Karkkilan kaupungin selvitys 28.5.2001, Kauniaisten kaupungin selvitys 29.5.2001, Keravan kaupungin selvitys 16.5.2001, Kirkkonummen kunnan selvitys 1.6.2001, Lapinjärven kunnan selvitys 28.5.2001, Liljendalin kunnan selvitys 14.5.2001, Lohjan kaupungin

selvitys 23.5.2001, Loviisan kaupungin selvitys 25.4.2001, Mäntsälän kunnan selvitys 28.5.2001, Myrskylän kunnan selvitys 14.5.2001, Nummi-Pusulan kunnan selvitys 14.5.2001, Nurmijärven kunnan selvitys 4.6.2001, Pernajan kunnan selvitys 14.5.2001, Pohjan kunnan selvitys 5.11.2001, Pornaisten kunnan selvitys 21.5.2001, Porvoon kaupungin selvitys 29.5.2001, Sammatin kunnan selvitys 14.6.2001, Sipoon kunnan selvitys 28.5.2001, Siuntion kunnan selvitys 23.5.2001, Tammisaaren kaupungin selvitys 25.5.2001, Tuusulan kunnan selvitys 28.5.2001, Vantaan kaupungin selvitys 21.5.2001 ja Vihdin kunnan selvitys 28.5.2001,

5) HUS:n kuntayhtymän hallituksen 7.6.2001 antama lisäselvitys,

6) HUS:n kuntayhtymän jäsenkuntien terveyskeskusten potilasasiamiesten selvitykset: Askolan terveyskeskuksen potilasasiamiehen Lea Långvikin selvitys 28.6.2002, Espoon kaupungin sosiaali- ja potilasmiehen Unto Ahvensalmen selvitys 24.5.2002, Hangan terveyskeskuksen potilasasiamiehen Anneli Hyvärisen 13.5.2002 selvitys, Helsingin kaupungin potilasasiamiehen Eija Bärlund-Toivosen selvitys 21.5.2002, Hyvinkään terveyskeskuksen potilasasiamiehen Paula Vilhusen selvitys 22.5.2002, Järvenpään terveyskeskuksen potilasasiamiehen Eeva Laineen selvitys 22.5.2002, Karjalohjan terveyskeskuksen potilasasiamiehen Tuula Kontturin selvitys 13.5.2002, Karkkilan terveyskeskuksen potilasasiamiehen Tuula Hakalan selvitys 26.7.2002, Kauniaisten kaupungin potilasasiamiehen Maire Lindströmin selvitys 23.5.2002, Keravan terveyskeskuksen potilasasiamiehen Ritva Peevon selvitys 21.5.2002, Kirkkonummen-Siuntion kansanterveystyön kuntayhtymän potilasasiamiehen Ghita Backmanin selvitys 22.5.2002, Lohjan terveyskeskuksen potilasasiamiehen Pirjo Dufvan selvitys 23.5.2002, Loviisan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän potilasasiamiehen Maria Slanguksen selvitys 4.6.2002, Mäntsälän terveyskeskuksen potilasasiamiehen Marja Tyybäkinon selvitys 22.5.2002, Nummi-Pusulan terveyskeskuksen potilasasiamiehen Eeva Kuosmasen selvitys 10.5.2002, Nurmijärven terveyskeskuksen potilasasiamiesten Regina Partasen selvitys 22.5.2002, Orimattilan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän potilasasiamiehen Virpi Viidan selvitys 24.5.2002, Porvoon sosiaali- ja terveyskeskuksen potilasasiamiehen Doris Janssonin selvitys 22.5.2002, Pornaisten terveyskeskuksen potilasasiamiehen Heli Putkosen selvitys 17.5.2002, Sipoon terveyskeskuksen potilasasiamiehen Ann-Sofi Palmenin selvitys 23.5.2002, Tammisaaren terveyskeskuksen potilasasiamiehen Carl-Göran Sundellin selvitys 22.5.2002, Tuusulan terveyskeskuksen potilasasiamiehen Ville Jämsän selvitys 22.5.2002 ja Vantaan kaupungin sosiaali- ja potilasasiamiehen Miikkael Liukkosen selvitys 28.5.2002,

7) HUS:n kuntayhtymän potilasasiamiesten selvitykset: Helsingin sairaaloiden potilasasiamiehen Elina Lohvan selvitys 17.5.2002, Jorvin sairaalan potilasasiamiehen Marja Niemisen selvitys 22.5.2002, Peijaksen sairaalan potilasasiamiehen Sanna Rynäsen selvitys 20.5.2002, Hyvinkään sairaanhoitoalueen potilasasiamiehen Arja Tammisen selvitys 22.5.2002, Lohjan sairaanhoitoalueen potilasasiamiehen Reija Laineen selvitys 20.5.2002 ja Porvoon sairaanhoitoalueen potilasasiamiehen Janine Tallbergin selvitys 16.5.2002,

8) Suomen Potilasliiton 3.6.2002 antama lausunto,

9) Suomen Kuntaliiton 27.5.2002 antama lausunto,

10) HUS:n kuntayhtymän jäsenkuntien terveyskeskusten vastaavien lääkäreiden antamat selvitykset: Askolan johtavan terveyskeskuslääkäriin Valde Kytölän selvitys 28.8.2002, Espoon kaupungin hallintoylilääkäriin Tuula Heinäsen selvitys 30.8.2002, Hangan terveyskeskuksen johtavan lääkärin Matti J. Salorannan selvitys 30.8.2002, Helsingin terveysviraston toimitusjohtajan Matti Toivolan ja kehittämisjohtaja Tuija Mannisen selvitys 26.8.2002, Hyvinkään perusturveyskeskuksen vastaavan lääkärin, terveydenhuollon johtajan Harri Elorannan selvitys 16.8.2002, Inkoon terveyskeskuksen vastaavan lääkärin Helge Heinosen selvitys 27.9.2002, Järvenpään kansanterveystyön johtavan ylilääkäriin Reijo Aitan selvitys 22.8.2002, Karjaan kaupungin ylilää-

kärin Elias Orvomaan selvitys 31.10.2002 ja Meltolan terveydenedistämisalueen terveydenhuollon johtajan, ylilääkäri Aila Saaren selvitys 2.10.2002, Karjalohjan terveystieteiden keskuksen vastaavan lääkärin Kari Penkkilän selvitys 7.8.2002, Karkkilan terveystieteiden keskuksen vt. johtavan lääkärin Tiina Karjalaisen selvitys 29.8.2002, Kauniaisten terveystieteiden keskuksen johtavan lääkärin Bengt Juslinin selvitys 20.8.2002, Keravan terveystieteiden keskuksen johtavan lääkärin Kyösti Haukipuron selvitys 27.9.2002, Kirkkonummen-Siuntion kansanterveystyön kuntayhtymän johtavan ylilääkäri Tuija Kumpulaisen selvitys 31.8.2002, Lohjan terveystieteiden keskuksen johtavan lääkäri Pentti Suppolan selvitys 5.8.2002, Loviisanseudun terveydenhuollon kuntayhtymän vt. vastaavan lääkärin Outi Hanhisen selvitys 29.8.2002, Mäntsälän perusturvapalvelukeskuksen terveydenhuollon ylilääkäri Mervi Kähönen-Väreän selvitys 29.8.2002, Nummi-Pusulan terveystieteiden keskuksen johtavan lääkärin Eero Nevanlinnan selvitys 21.10.2002, Nurmijärven terveystieteiden keskuksen ylilääkäri Tenho Suomelan selvitys 23.10.2002, Orimattilan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän johtavan lääkärin Risto Heikkalan selvitys 15.8.2002, Pohjan terveystieteiden keskuksen vastaavan terveystieteiden keskukslääkäri Maija-Leena Nyholmin selvitys 30.9.2002, Pornaisten terveystieteiden keskuksen johtavan lääkärin Kirsi Savolaisen selvitys 3.9.2002, Porvoon terveystieteiden keskuksen vt. johtavan lääkärin Kristina Keravuoren selvitys 23.8.2002, Sipoon terveystieteiden keskuksen vastaavan lääkärin Hans Blombergin selvitys 13.8.2002, Tammisaaren kaupungin johtavan lääkärin Matti Sivosen selvitys 14.8.2002, Tuusulan terveystieteiden keskuksen johtavan lääkärin Riitta Ristolaisen selvitys 29.8.2002, Vantaan kaupungin terveydenhuollon johtajan Risto Ihalaisen selvitys 29.8.2002 ja Vihdin perusturvakeskuksen johtavan lääkärin Kirsti Napola-Ihatsun selvitys 19.8.2002 sekä

11) HUS:n kuntayhtymän toimitusjohtajan Lauri A. Laitisen ja johtajaylilääkäri Jaakko Karvosen selvitys 26.8.2002.

3

ERIKOISSAIRAANHOIDON JÄRJESTÄMINEN JÄSENKUNNISSA

3.1

Jäsenkuntien näkemykset

Pyysin ensiksi (9.4.2001) jäsenkunnilta selvitystä erityisesti siitä, miten ne olivat talousarviota laatiessaan ottaneet huomioon palveluiden tarpeen, tason ja saatavuuden, väestön sairastuvuusmuutokset ja hoitojen/lääkkeiden hintojen muutokset.

Pyysin lisäksi (31.7.2002) jäsenkuntien terveystieteiden keskuksen vastaavilta lääkäreiltä selvitystä siitä, mikä on se käytännön päätöksentekomenettely, jolla budjetin ylitystilanteessa turvataan yksittäisen potilaan oikeus tarpeelliseen erikoissairaanhoidon. Tässä yhteydessä pyysin selvitystä myös siitä, onko kunta antanut ohjeita hoidon saannista ko. tilanteessa.

Kaikki jäsenkunnat vastasivat, että ne varaavat erikoissairaanhoidon varten omiin talousarvioihinsa palvelusopimuksissa arvioidun määrärahan. Ne eivät katso alibudjetoineensa terveydenhuollon menoja. Kuntakohtaisiin jonoihin kantaa ottaneet jäsenkunnat totesivat, etteivät ne hyväksy kuntakohtaisia jonoja vaan lähtevät siitä, että tarpeellinen erikoissairaanhoidon tulee antaa potilaalle kaikissa tilanteissa talousarvion/palvelusopimuksen ylityksestä huolimatta; kunnat ovat näissä tilanteissa säännönmukaisesti myöntäneet erikoissairaanhoidon varten lisämäärärahaa. Kuntalaiset eivät ole siten jääneet ilman tarpeellista erikoissairaanhoidon. Kunnat eivät ole ilmoituksensa mukaan antaneet hoidon saantia rajoittavia ohjeita.

Seuraavassa on esitetty yhteenvedonomaaisesti eri jäsenkuntien näkemykset asiassa.

3.1.1

Askolan kunta

Askolan kunnan talousarviossa on ennen vuotta 2000 ollut terveydenhuollon määrärahojen alibudjetointia, joka ei kuitenkaan ole vaikuttanut kuntalaisten terveystalouden saatavuuteen, vaan on näkynyt perusturvalautakunnan talousarvion ylityksenä. Vuoden 2000 ja 2001 talousarviot on mitoitettu HUS:n kanssa laaditun terveystalouden suunnitelman mukaisesti ja talousarvioon on varattu palvelusopimuksessa arvioitu määräraha. Suunnittelussa on huomioitu saatavissa olevan tiedon perusteella palveluiden tarve ja sen mahdolliset muutokset. Palveluiden tarpeen arvioinnissa on käytetty apuna kahden edellisen vuoden keskimääräisiä lukuja ja tiedossa olevia muita muuttuvuustekijöitä.

Palvelusopimukset laaditaan yhdessä erikoissairaanhoidon edustajien kanssa. Kuntaprofiilia ollaan parhaillaan laatimassa Porvoon sairaalan alueen muiden kuntien kanssa, joten tulevaisuudessa väestön tarpeet voidaan ottaa huomioon entistä tarkemmin. Palveluiden saatavuuden turvaamiseksi kunta ostaa lisäksi erikoissairaanhoidon palveluita yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Kunnan tiedossa ei ole tapauksia, joissa kuntalaisten perusoikeudet eivät olisi toteutuneet terveydenhuollon palveluiden saamisessa.

Askolan kunnassa terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää potilaan hoitoon lähettämisestä neuvoteltuaan yhdessä perusturvajohtajan kanssa tilanteesta. Vastaava lääkäri on pyytänyt valtuustolta budjetin ylitysoikeutta, ellei rahoitus ole onnistunut muulla tavoin. Kunta ei ole antanut hoidon saantia koskevia ohjeita ko. tilannetta varten. Vastaavan lääkärin tiedossa ei ole tapauksia, jolloin potilas ei olisi päässyt tarpeelliseen erikoissairaanhoidon hoitoon budjetin ylittymisen vuoksi.

3.1.2

Espoon kaupunki

Espoon kaupungissa on talousarviota tehtäessä pyritty arvioimaan palvelujen tarve, joka on perustunut väestön ikäjakautumaan sekä aikaisempaan palvelujen käyttöön. Ongelmana ei ole ollut alibudjetointi, vaan se, että HUS on toistuvasti ylittänyt sen talousarvion, jonka puitteissa se on itse arvioinut voivansa toimia tarpeen vaatimalla tavalla. Sairastavuudesta tarvetekijänä on valtakunnankin tasolla hyvin vähän luotettavaa tietoa käytettävissä, malleja sen huomioimiseksi ollaan luomassa ja ottamassa käyttöön myös Espoossa.

Espoolaiset saavat tarvitsemansa erikoissairaanhoidon vähintäänkin samantasoisena kuin maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö ja työnjaosta sopiminen on oleellista kustannusten kurissa pitämisen kannalta ja myös sen varmistamiseksi, että hoito kohdistuu tasapuolisesti sitä eniten tarvitseville. Alibudjetointia ei ole harrastettu, mutta kustannusten nousupaine on ylittänyt usein parhaimmatkin arviot. Espoon käsityksen mukaan toiminta on ollut lainmukaista.

Espoon kaupungin hallintoylilääkäri toteaa selvityksessään, että potilaan erikoissairaanhoidon tarpeen arvioivat HUS:n omat lääkärit. Kunnan edustajat pyrkivät yhteistyötä parantamalla sopimaan hoitoon ottamisen kriteereistä, jotta varmistettaisiin hoidon kohdentuminen tarpeen (eikä kysynnän) mukaan. Tämä yhteistyö on vasta alullaan, mutta painetta siihen tuo kansallisen terveydenhuolto-ohjelman samansuuntainen vaatimus. Kunta voi omaa toimintaansa parantamalla vaikuttaa jonkin verran erikoissairaanhoidon kohdistuviin läheteisiin, mutta pääkaupunkiseudulla yksityissektorin ja työterveyshuollon käyttö on niin laajaa, että täydelliseen kontrolliin ei ole mahdollisuus päästä kunnan omin toimin.

Espoossa ei ole koskaan annettu ohjeita evätä potilaalta hänen tarvitsemaansa sairaanhoitoa, varsinkaan taloudellisin perustein. Budjetin ylittyessä tai odotusaikojen pitkittyessä on pyritty hyvässä yhteisymmärryksessä erikoissairaanhoidon edustajien kanssa neuvottelemaan siitä, miten taataan, että hallinnon ongelmista ei koituisi riskiä potilasturvallisuudelle.

Erikoissairaanhoidon kustannusten hallinta kunnan toimesta on vaikeaa ja toistuvat budjetin ylitykset aiheuttavat huomattavia ongelmia kunnan omalle toiminnalle. Lisäksi riskinä on hallintoylilääkärin mukaan se, että terveydenhuollon toiminta ei välttämättä kohdennu oikealla tavalla sairaimpiin ihmisiin, vaan kysyntä ja tarjonta ohjaavat terveydenhuoltoa enemmän kuin objektiivisemmin määritelty ja priorisoinnit huomioon ottava tarve.

3.1.3

Hangon kaupunki

Hangon kaupungissa erikoissairaanhoidon määrärahan arvioinnin lähtökohtana on ollut sairaanhoitopiiriin tekemä arvio palveluiden käytöstä. Satunnaiset tekijät vaikuttavat kuitenkin aina jonkin verran myös Hangon kokoisessa 10 000 asukkaan kunnassa. Oman palvelujärjestelmän kehittäminen vaikuttaa välittömästi erikoissairaanhoidon kustannuksiin. HUS:n ja kuntien neuvottelujärjestelmässä pyritään entistä enemmän ottamaan huomioon myös kuntien näkökohtia. Tätä taustaa vasten kaupungin käsityksen mukaan alibudjetointi on jo käsitteenä harhaanjohtava.

Palvelujen tarpeita, tasoa ja saatavuutta kuvaavia mittareita ei ole tähän asti käytetty kovinkaan laajasti. Tähän tarkoitukseen sopivia mittareita ollaan vasta nyt ottamassa käyttöön. Väestön sairastavuusmuutoksia ei pystytä seuraamaan yhden vuoden suunnittelun puitteissa. Erikoissairaanhoidon hinnanmuutokset sisältyvät sairaanhoitopiiriin arvioon. Eräiden palveluiden osalta hinnat ovat olleet ratkaiseva tekijä palvelujen toimittajan valinnassa.

Hangon kaupungin terveystalouden johtavan lääkärin mukaan se, että talousarvio ylittyy, merkitsee sitä, että potilaat saavat tarvitsemansa hoidon budjetin raameista huolimatta. Potilaiden hoitoon pääsyä ei ole haluttu estää. Se ei olisi käytännössä myöskään mahdollista, sillä lähettyvät tulevat niin monelta taholta, ettei koko tilannetta hallita siltä osin. Muistakin käytännön syistä budjetin ylitys tulee tietoon vasta jälkikäteen eikä asiaan pystytä vaikuttamaan siinä vaiheessa kun hoidosta päätetään. Koska erikoissairaanhoidon käyttöä ei ole rajoitettu eikä estetty, siitä ei ole myöskään annettu minkäänlaisia ohjeita.

3.1.4

Helsingin kaupunki

Helsingiläisten terveystaloudet ovat Helsingin kaupungin selvityksen mukaan pääosin hyvällä, osin jopa erinomaisella tasolla. Helsingiläiset saavat terveystaloudensa todetun palvelutarpeensa kannalta varsin runsaasti ja heidän odotusaikansa palveluihin ovat hyvin kohtuulliset.

Terveystalouden tarve arvioidaan yhteistyössä HUS:n kanssa mahdollisimman realistiselta pohjalta. Arvioinnin keskeiseksi tietoperustaksi on laadittu Helsingin terveydenhuollon kuntaprofiili -raportti, jossa tarvearviointia varten on kerättyä ja analysoituna paljon puolueetonta tietoa. Suunnittelujärjestelmä perustuu terveystalouden ja HUS:n virkamiesten ja luottamushenkilöiden kiinteään yhteistyöhön.

Taloustalouden laadintaa määrittävät kaupunginhallituksen taloustalouden ohjeet. Terveystalouden osalta on viime vuosina ollut nähtävissä suuria paineita kasvattaa palvelujen määrää ja tasoa. Erityisesti väestön kasvu ja tästä aiheutuva lisästarve on ollut ja tulee olemaan huomattava. Kasvusta aiheutuneet kustannukset eivät ole mahtuneet kaupunginhallituksen antamiin kehyksiin ja terveystalouden lautakunta on joutunut tekemään taloustalouden ylitysesityksiä. Valtuusto on kuitenkin myöntänyt kaikki lautakunnan esittämät ylitykset. Ylitysesitysten valmistelu on tapahtunut HUS-määrärahan osalta yhteistyössä HUS:n virkamiesjohdon kanssa.

Helsinki katsoo tarjoavansa väestölleen terveystaloudet laissa säädetyn mukaisina ja tarpee-

seen nähden riittävinä.

Helsingin terveystoimen johtajan antaman selvityksen mukaan potilaan hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arviointiin perustuvan jonojärjestelyn ja erityisesti ei-kiireellistä hoitoa III-kiireellisyysluokassa (jossa odotus voi olla jopa vuosia) olevien potilaiden odotusaikojen avulla säädellään hoidettavien potilaiden määrää vastaamaan HUS:n kuntayhtymässä kulloinkin käytettävissä olevia voimavaroja. Toistaiseksi kuntayhtymässä ei ole ollut kuntakohtaisia jonoja, vaan potilaat on asetettu jonoihin ja myös hoidettu jonoista lääketieteellisessä kiireellisyysjärjestyksessä jäsenkunnan kuntatilauksesta riippumatta. Näin ollen yksittäisen ei-kiireellistä hoitoa tarvitsevan potilaan hoidon saantia ei rajoita kunnan sairaanhoitopiirille osoittama budjettirahoitus, vaan sitä rajoittavat sairaanhoitopiirin kokonaisvoimavarat. Ei-kiireellistä hoitoa on käytännössä jouduttu rajoittamaan HUS:n resurssipulan seurauksena, joka voi johtua rahanpuutteen lisäksi mm. henkilöstön saatavuusongelmista.

Helsingin kaupunki korostaa, että missään laissa ei ole tarkemmin määritelty, millä edellytyksillä kunnan katsotaan täyttäneen tarpeellisen hoidon järjestämisen väestölleen. Kun lääketieteellisesti vähiten kiireellisetkin hoidot järjestetään kaikille, joilla hoidon tarve on lääkärin toteama, kaikki saavat nykyjärjestelyin heille lain mukaan kuuluvan hoidon.

3.1.5

Hyvinkään kaupunki

Hyvinkään kaupungin terveystoimen suunnittelu perustuu laajaan tietoaineistoon väestön määrästä ja sen rakenteen kehityksestä, palveluiden käytöstä ja kustannuksista sekä hoidon tarpeesta. Kaupungissa on tehty kuntaprofiiliselvitys, jossa on kartoitettu palveluiden tarve, taso ja saatavuus sekä väestön sairastavuusmuutokset. Selvitystä käytetään perustana talousarviota laadittaessa. Selvitys ulottuu vuoteen 2010 ja se päivitetään vuosittain. Erikoissairaanhoitojen hintojen muutokset huomioidaan vuosittain tehtävän palvelusopimuksen yhteydessä. Jokainen hyvinvinkäläinen saa selvityksen mukaan tarpeellisen erikoissairaanhoitoon.

Hyvinkään kaupungin terveystoimen vastaavan lääkärin antaman selvityksen mukaan HUS:n kuntayhtymässä erikoissairaanhoito on hoitanut hyvinkäläiset potilaat ja ylittänyt tarvittaessa ostopalvelusopimuksen. Kaupunki on maksanut laskut ja turvannut siten potilaiden oikeuden tarpeelliseen erikoissairaanhoitoon. Kaupunki ei ole antanut asiassa ohjeita.

3.1.6

Inkoon kunta

Inkoossa, joka on pieni kunta, vuosittaiset vaihtelut erikoissairaanhoitoon käyttömäärissä voivat olla huomattavan suuria. Jos määrärahojen käyttö ylittyy jonkin erikoissairaanhoitoon erikoisalain suhteen, kuntalaisten tarvitsemat palvelut kuitenkin maksetaan ja erikoissairaanhoitoon tarvitsemat lisämäärärahat saadaan lisäbudjetin kautta.

Inkoolaiset ovat saaneet kaiken lääketieteellisesti tarpeellisen erikoissairaanhoitoon. Yksittäistapauksissa erikoissairaanhoitoon palveluja on ostettu myös yksityisiltä palvelujen tuottajilta tilanteen niin vaatiessa. Kunnalla ei ole omia potilasjonoja tai potilaan hoitoa jarruttavia lisäohjeita. Kunta on pyrkinyt aktiivisesti seuraamaan, että potilaat hoidettaisiin oikealla hoitotasolla. Uudet hoitomenetelmät ja uusien kalliiden lääkkeiden käyttöönotto on pyritty ottamaan huomioon terveystoimen suunnitelman laatimisessa.

Inkoon kunnan terveystoimen vastaavan lääkärin antaman selvityksen mukaan kunnan poliittiset päättäjät ovat olleet sitä mieltä, että jokaisen kuntalaisen on saatava tarpeellinen hoito. Jos erikoissairaanhoitoon talousarviossa varatut määrärahat eivät ole riittäneet, asia on otettu

käsiteltäväksi ensin perusturvalautakunnassa ja sitten kunnanhallituksessa. Tähän asti sairaanhoitoon ehdotetut lisämäärärahat on aina myönnetty. Kun erikoissairaanhoidossa on todettu, että kunnan kanssa sovitun palvelusopimuksen jonkin erikoisalan määrärahat ovat ylittyneet, erikoisalan vastaava virkamies on ollut yhteydessä terveyskeskuksen vastaavaan lääkäriin, joka on antanut luvan tarpeellisiin ylityksiin. Keneltäkään kuntalaiselta ei ole evätty pääsyä tarpeelliseen erikoissairaanhoidon tutkimukseen ja hoitoon määrärahojen puutteen vuoksi. Kunta ei ole antanut erikoissairaanhoidon pääsyä rajoittavia ohjeita.

3.1.7

Järvenpään kaupunki

Järvenpään kaupunki tekee erikoissairaanhoidon budjetin yhdessä erikoissairaanhoidon kanssa. Kuntakohtainen erikoissairaanhoidon palvelusuunnitelma pohjautuu edellisen vuoden tilinpäätöksen mukaisiin suoritteisiin, joiden perusteella arvioidaan tarvittavien palveluiden taso. Väestön sairastavuusmuutokset pyritään ottamaan huomioon palvelusuunnitelmaa laadittaessa ennakoitavissa olevien väestötietojen pohjalta ja täten palvelusuunnitelmassa tulee huomioiduksi myös väestön ikärakenteen muutos. Myös uudet hoitomuodot pyritään ottamaan suunnitelmaa tehtäessä mahdollisimman hyvin huomioon, mutta ne eivät ole aina ennakoitavissa ja hoitokäytännöt saattavat vaihtua kesken toimintavuoden.

Lopullisessa tilinpäätöksessä budjetoitu määräraha on saattanut ylittyä, mutta se on johtunut lähinnä ennakoimattomista tekijöistä, kuten laskutustavan muutoksista tai ennakoimattomista kalliista hoitajaksoista. Mikäli jollakin tulosalueessa budjetoitu summa on uhannut ylittyä, ylilääkäri ja erikoissairaanhoidon tulosaluejohtaja ovat sopineet, saako budjetti ylittyä vai ei. Kaupunki ei ole koskaan evännyt keneltäkään kuntalaiselta oikeutta erikoissairaanhoidon tarpeellisiksi katsomiin hoitoihin eikä myöskään käytettyihin lääkkeisiin.

Järvenpään kaupungin kansanterveystyön johtavan ylilääkärin selvityksen mukaan sosiaali- ja terveyslautakunnalle ja kaupunginhallitukselle annetaan kuukausittain tiedoksi erikoissairaanhoidon toteutumaportit ja -ennusteet. Näin päättäjillä on mahdollisuus seurata talousarvion toteutumista. Hän ei ole koskaan saanut päättäjiltä tehtäväkseen ilmoittaa erikoissairaanhoidon, että kaupungin osalta menoja tulisi leikata. Päättäjät ovat siten hyväksyneet erikoissairaanhoidon menot ja yksittäisen potilaan oikeus tarpeelliseen erikoissairaanhoidon on tullut turvatuksi.

3.1.8

Karjaan kaupunki

Karjaan kaupungissa erikoissairaanhoidopalvelujen tilaus HUS:n kuntayhtymältä laaditaan sairaanhoitopiirin ja kaupungin edustajien yhteisen neuvottelun pohjalta. Kaupungin kustannukset ylittävät hoitosektorin osalta maan keskiarvon, minkä vuoksi kaupunki on etsinyt uusia ratkaisuja saadakseen kustannukset alenemaan. Kuntien tulee kattaa aiempien vuosien alijäämät taloussuunnitelmakauden kuluessa. Sen vuoksi kaupunki ei voi varata erikoissairaanhoidon varten suurempia määrärahoja kuin minkä kaupungin taloudellinen sietokyky mahdollistaa.

Hoidon saantia koskevia ohjeita budjetin ylitystilanteissa ei ole.

Karjaan kaupungin ylilääkärin antaman selvityksen mukaan kaupungin sosiaalijohtaja laatii terveydenhuollon budjetin yhteistyössä ylilääkärin kanssa. Budjetit laaditaan realistisiksi. Erikoissairaanhoidon kulut ovat erityisen vaikeasti budjetoitavissa pienen, alle 9 000 asukkaan kunnassa. Muutaman poikkeuksellisen kalliista hoitoa tarvitsevan potilaan hoitaminen saattaa aiheuttaa jopa miljoonan euron ylityksen budjettiin. Sairaanhoitopiirin päätökset edellisten vuosien alijäämän kattamista tehdään niin myöhään, että kaupungin osuutta ei saada täsmällisesti bud-

jetoitua. Sairaanhoidopiiri on myös pitänyt tapanaan korottaa hintoja kesken vuoden. Kaupungin väestö on vanhusvoittoista, lähes viidesosa karjalaisista on 65 vuotta täyttäneitä. Karjalaisista erikoissairaanhoidon potilaista noin 75 - 80 % otetaan hoitoon joko päivystyksellisesti tai kiireellisyysluokan I kautta. Vain noin 20 -25 % potilaista hoidetaan jonosta kutsumalla.

Yliääkärin selvityksen mukaan erikoissairaanhoidon epärealistisen pieneksi kaupungin päättävissä elimissä karsittu budjetti on ylitetty joka vuosi vuosina 2000 - 2002. Sosiaalihoitaja on joutunut vuosittain vähintään kerran anomaan lisämäärärahaa budjettiseurannan näytettyä selvän ylityksen. Lisämäärärahat on pääsääntöisesti myönnetty. Budjetin ylitys tai määrärahojen alimitoitus ei ole estänyt kenenkään pääsyä hoitoon.

Vuoden 2003 budjetin osalta budjettiesityksessä oli varattu 7 miljoonaa euroa. Kaupungin talousvirkamiehet ja talousvaliokunta on kuitenkin antanut erikoissairaanhoidon vain 5,8 miljoonaa euroa, joka on alle vuoden 2002 tason. Mitään perusteita ei ole annettu sille, että erikoissairaanhoidon hoito ei kallistuisi mm. palkankorotusten vuoksi. Määräraha riittänee ainoastaan kiireellistä ja päivystysluntoista hoitoa tarvitsevien potilaiden hoitamiseen. Muu erikoissairaanhoidon hoito jäisi tällöin täysin hoitamatta.

3.1.9

Karjalohjan kunta

Karjalohjan kunnassa ei ole tapahtunut terveydenhuollon alibudjetoitua. Kuntalaisten mahdollisuuksia saada tarvitsemaansa terveydenhuoltoa ei myöskään ole rajoitettu millään tavoin. Erikoissairaanhoidon budjetointi tehdään hyvässä yhteistyössä keskusteluin ja neuvotteluin HUS:n kanssa. Sairaanhoidopiiriin tekemät laskelmat ja ennusteet on otettu täysin huomioon budjetin valmistelussa.

Karjalohjan kaltainen 1 400 asukkaan kunta ei satunnaisvaihteluiden vuoksi koskaan pysty tarkkaan budjetoitua erikoissairaanhoidon osalta. Vain yksi tai kaksi kallista erikoistason hoitoa vaativaa potilasta saattaa pienessä kunnassa aiheuttaa 20 %:n budjetin ylityksen. Esim. luuydinsiirto leukemiapotilaalle saattaa maksaa noin 100 000 euroa - 10 % kunnan erikoissairaanhoidon budjetista.

Potilaat saavat kuitenkin tarvitsemansa hoidon aina huolimatta siitä, että budjetti jonakin vuonna uhkaa ylittyä. Kuntalaisiin ei ole kohdistunut mitään läheterajoitteita tai leikkauskieltoja. Esim. vuonna 2001 reilusti ylittynyt erikoissairaanhoidon budjetti rasitti vain kunnan taloutta, ei potilaiden oikeuksia.

Vuodelle 2003 tarvittavaa erikoissairaanhoidon rahoitusta on arvioitu edellisten vuosien keskiarvon mukaan ottaen huomioon jatkuva erikoissairaanhoidon hintojen nousu. Pieni kunta joutuu varautumaan siihen, että vuotuiset erikoissairaanhoidon kulut vaihtelevat sattuman vuoksi +/- 15 %. Potilaan saamaan hoitoon ei sattuman voi antaa vaikuttaa. Suurissa kunnissa sattuman vuotuinen vaikutus on ehkä 1-2 % ja täsmällinen budjetointi on siten huomattavasti helpompaa. Kuntakohtaista jonoa ei haluta luoda.

3.1.10

Karkkilan kaupunki

Karkkilan kaupunki allekirjoittaa HUS:n kanssa vuosittain sopimuksen palveluiden tuottamisesta erikoissairaanhoidon alueelta. Palveluiden tarve sovitaan HUS:n kanssa yhdessä. Vuosittaisesta vaihtelusta johtuu, etteivät sovitut palveluiden määrät aina toteudu tai toisina vuosina ylittyvät.

Kaupunki ei millään tavoin rajaa kaupunkilaisten pääsyä erikoissairaanhoidon. Lähetteeksi kelpaa myös yksityislääkärin lähete. Edes loppuvuonna, talousarvion ylityksen uhatessa, kaupunki ei rajoita kuntalaisten erikoissairaanhoidon käyttöä, vaan ylitys on katsottu ensisijaiseksi talousarvion noudattamiseen nähden.

Karkkilan kaupungin terveyskeskuksen johtavan lääkärin selvityksen mukaan potilas voi saada lähetteen erikoissairaanhoidon terveyskeskuksesta tai yksityislääkäriltä. Kaikki lähetteet, myös yksityislääkärin laatimat, toimitetaan suoraan sairaanhoitopiiriin, jonka lääkärit ovat asiassa ainoita toimijoita ennen potilaan hoitoon pääsyä.

Jos yksityislääkäri kirjoittaa lähetteen yksityiselle palvelujen tuottajalle, terveyskeskuksen johtava lääkäri tai omalääkäri hyväksyy allekirjoituksellaan kunnan maksajaksi. Hyväksyessään lähetteen lääkäri tarkistaa, että yksityinen palvelujen tuottaja on katsottu edullisemmaksi kuin sairaanhoitopiiri. Samalla lääkäri katsoo lähetteestä hoidon indikaatiot varmistaakseen, että potilasta ei lähetetä yksityissektorille eri kriteereillä kuin sairaanhoitopiiriin.

Vaikka määrärahat olisivat käytetyt, lähetteen tekemistä sairaanhoitopiiriin ei ole koskaan rajoitettu kunnan taholta. Yksityissektorille meneviä lähetteitä on viime vuonna laitettu odottamaan vuoden vaihdetta määrärahan loppuessa. Vaihtoehtona olisi ollut kääntää ne sairaanhoitopiiriin. Potilaille 2-3 kuukauden jonottamisen haitta ei ole ollut suuri, koska heidät on silti hoidettu nopeammin kuin jos he olisivat jonottaneet sairaanhoitopiiriin. Lääkärin arvio hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä on mennyt kuitenkin aina määrärahojen ohi.

3.1.11

Kauniaisten kaupunki

Kauniaisten kaupungissa laaditaan jokavuotisissa ns. kuntaneuvotteluissa sairaanhoitopiirin edustajien kanssa terveystuunnitelman pohjalta palvelusopimus. Siinä määritellään seuraavan vuoden palveluiden määrä ja kustannustaso tiedossa olevien tosiseikkojen perusteella: edellisten vuosien käyttö, väestömuutokset, hoitoperiaatteiden ja palveluiden hintojen muutokset. Tämä prosessi kehittyy jatkuvasti. Jorvin sairaanhoitoalueella ovat valmistuneet ns. kuntaprofiilit. Ne tehostavat ja täsmentävät omalta osaltaan kuntien terveystuunnittelua ja palvelusopimusten tekemistä.

Pienen kunnan ongelmana ovat satunnaisvaihtelut palvelujen tarpeessa. Tämän lisäksi muutamankin yksittäisen kalliin hoidon kustannukset vaikuttavat merkittävästi kustannusarvion kokonaistilanteeseen. Näitä asioita on mahdotonta ennakoida.

Kaupunki ei ole tietoisesti alibudjetoanut terveys- ja sairaanhoitopalveluita, vaan pyrkinyt mahdollisimman realistisiin arvioihin ja tarvittaessa määrärahalisäyksiin. Kaupunki on myös toistuvasti viestittänyt sairaanhoitopiirille, että kuntalaisille tulee joka tilanteessa antaa tarpeellinen erikoissairaanhoido.

Kauniaisten kaupungin terveyskeskuksen johtava lääkäri toteaa selvityksessään, että pienen kunnan satunnaisvaihteluita erikoissairaanhoidon palveluiden tarpeessa tuskin kukaan asiantuntijakaan pystyy ennakoimaan. Erikoissairaanhoidon kanssa on selvästi sovittu, että kukaan potilas ei jää vaille tarvitsemaansa hoitoa liian pienen erikoisalakohtaisen tilauksen takia. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan osalta oli sovittu, että kyseisen erikoisalalan ylilääkäri otti yhteyttä kunnan johtavaan lääkäriin, mikäli tällaisia tilanteita syntyi. Jorvin suuntaan yhteydenpito on ollut tässä suhteessa vielä tiiviimpää. Erikoissairaanhoidon määrärahavaruuden takia kukaan potilas ei ole jäänyt hoitamatta.

3.1.12

Keravan kaupunki

HUS:n toiminnan käynnistyessä aloitettiin terveystuunnitteluprosessi, joka koetaan Keravan kaupungissa myönteiseksi, eri organisaatioita lähentäväksi muutokseksi. Prosessin osana käynnistettiin ns. kuntaprofiilitutkimus. Tämä syventää tietämystä terveystalouden tarpeen ja tason määrittelystä.

Palveluiden saatavuutta selvitetään terveyskeskuksen omissa organisaatioissa jatkuvana kuu-kausiseurantana. Asiakkaiden kokemuksia palveluiden saatavuudesta ja laadusta on alettu selvittää mm. asiakaskyselyin.

Erikoissairaanhoidon palvelujen osalta tietojärjestelmä on kehittynyt merkittävästi uuden sairaanhoitopiirin perustamisen myötä. Kunnan kannalta etuna on järjestelmän avoimuus ja lähes reaaliaikaisuus.

Erikoissairaanhoidon menot ovat osa koko talousarvioita eikä sitä voida käsitellä erillään muista palveluvelvoitteista. Erikoissairaanhoidon tarpeet tulee käsitellä samanaikaisesti ja rinnan asukkaiden muiden palvelutarpeiden kanssa. Kuntien tulee sopeuttaa antamiensa palveluiden kustannukset käytettävissä olevien tulojen mukaan kuntalaisten verorasitusta kohtuuttomasti nostamatta.

Keravan kaupungin terveyskeskuksen johtavan lääkärin antaman selvityksen mukaan potilaan tutkimusten ja hoidon tarpeen arvioivat terveyskeskuksessa terveyskeskuslääkärit. He toimivat koulutuksensa, kokemuksensa ja lääketieteen eettisten arvojen pohjalta. Tähän pohjautuu myös arvio siitä, tarvitseeko potilas erikoissairaanhoidon. Mikäli terveyskeskuslääkäri arvioi tarvittavan lähetettävä erikoissairaanhoidon, hän kirjoittaa lähetteen. Lähettämisoikeutta ei ole rajoitettu hallinnollisin päätöksin. Lääkärin suoritettavaksi kuuluu myös tutkimuksen tai hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi. Tämäkin arvio on lääketieteellinen, ei budjettiperusteinen.

Johtava lääkäri toteaa selvityksessään vielä, että erikoissairaanhoidon ja yleisemminkin terveydenhuollon talousarvio ei estä antamasta yksittäisissä tapauksissa tarpeenmukaista sairaanhoitoa. Kun esimerkiksi terveyskeskuksen oman toiminnan tai ostettavien erikoissairaanhoidon palveluiden osalta todetaan olevan talousarvion ylitysuhka, talousvastuussa olevat viranhaltijat valmistelevat ja esittelevät luottamushenkilöelimille (sosiaali- ja terveystaloutta, kaupunginhallitus ja -valtuusto) talousarvion ylityspyynnön. Yksittäisen potilaan tarvitseman hoidon saamista ei siis ole rajoitettu. Ei-kiireellisissä tapauksissa hoitoa ei kuitenkaan ole mahdollista saada välittömästi, vaan potilas voi joutua jonottamaan sitä.

3.1.13

Kirkkonummen kunta

Erikoissairaanhoidon palvelutilauksen mitoituksessa Kirkkonummen kunta pyrkii ottamaan huomioon sekä väestön kasvun että väestön ikärakenteessa tapahtuvien muutosten vaikutukset. Kunnan tiedossa ei ole esimerkkejä lääninhallituksen lausunnossa mainituista eräissä kuntoutus- ja apuvälinepalveluissa esiintyvistä ongelmista. Kunnan ja sairaanhoitopiirin välillä ei ole esiintynyt näkemyseroja uusien kalliiden syöpälääkkeiden käytöstä.

Kirkkonummen ja Siuntion kansanterveystyön kuntayhtymän johtavan lääkärin selvityksen mukaan erikoissairaanhoidon talousarviota tehtäessä johtava lääkäri tekee yhteistyötä kummankin kunnan keskushallinnon viranhaltijoiden kanssa. Hän tuo keskusteluun lääketieteellisen asiantuntemuksensa ja tietonsa alueellisista tarpeista ja tilanteesta. Taustatietoina käytetään mm. HUS:n tietojärjestelmästä saatavia käyttötietoja, alueella tehdyn kuntaprofiilin tuloksia yleisestä tilanteesta, jonotietoja ja myös terveyskeskuksen arkityöstä syntyvää tietoa asiakkaiden tilan-

teista.

Talousarvioiden ylittyessä kunnat ovat myöntäneet lisämäärärahaa erikoissairaanhoidon varten. Yksittäisen potilaan hoidon rajoittamista koskevaa ohjeistoa ei ole annettu.

Johtava lääkäri toteaa näkemyksensä, että kukaan asiantuntija ei pysty sanomaan, mikä olisi sopiva määräraha, jonka budjetoimalla yksittäinen kunta voisi välttyä siltä, että etukäteen arvioitu määräraha ei koskaan ylittyisi. Oleellista lienee, että asukkaiden selvät ja perustellut tutkimus- ja hoitotarpeet tyydytetään sellaisessa ajassa, että hoidon lopputulos on hyvä.

3.1.14

Lapinjärven kunta

Lapinjärven kunnassa erikoissairaanhoidon varattu määräraha pohjautuu täysin HUS:n ilmoitukseen kunnan palvelutarpeesta. HUS:n kanssa vuosittain solmittu sopimus palveluiden ostamisesta pohjautuu kunnan ja piirin välisiin keskusteluihin.

Aikaisempina vuosina on esiintynyt pientä budjetin alimitoitusta. Mitoitukset pohjautuvat aina kunnan omaan arvioon eivätkä ne ole koskaan johtaneet siihen, että joku kuntalainen olisi jäänyt ilman erikoissairaanhoidon palveluita. Lisämäärärahaesitykset tai toteutuneet erikoissairaanhoidon menot on aina hyväksytty kunnanvaltuustossa.

3.1.15

Liljendalin kunta

Myös Liljendalin kunnassa erikoissairaanhoidon varattu määräraha pohjautuu HUS:n ilmoitukseen kunnan palvelutarpeesta. Kunta ei ole rajoittanut kuntalaisten oikeutta saada erikoissairaanhoidon palveluita. Kunta on sitä vastoin käyttänyt yksityisen terveydenhuollon palveluita lyhentääkseen kohtuuttoman pitkiä erikoissairaanhoidon jonotusaikoja.

Kunnassa, jonka asukasluku on 1 467, ei voida "sitovasti" etukäteen määritellä koko budjettivuoden palveluja.

Kuntien ei tule yksin kantaa vastuuta erikoissairaanhoidon lisääntyvistä kustannuksista. Vähintään yhtä suuressa määrin on kysymys palveluiden rahoituksesta valtionavustuksilla, joiden määrästä ja tasosta päättää eduskunta ja hallitus.

3.1.16

Lohjan kaupunki

Terveydenhuollon palveluiden suunnittelukäytännön pohjaksi Lohjan sairaanhoitoalueen kunnat ja Stakes-kuntapalvelut toteuttivat vuonna 2000 alueen kuntaprofiilien laatimisen. Tässä selvitetiin palveluiden kysynnän ja tarjonnan nykytila ja laadittiin karkea ennuste palvelu- ja tarjontatarpeista.

Erikoissairaanhoidon käyttöä suunnitellaan Lohjan sairaanhoitoalueen kuntien ja HUS:n edustajien muodostamassa suunnittelutyöryhmässä. Lisäksi HUS:n ja kaupungin edustajat käyvät vuosittain neuvottelut seuraavan vuoden palvelusopimuksen laatimiseksi molempia osapuolia tyydyttäväksi. Palvelusopimuksen pohjaehdotuksen on laatinut sairaanhoitopiiri.

Vuoden 2000 palvelusopimuksen ylityksessä ei ollut kysymys Lohjan kaupungin kohdalla tietoisesta alibudjetoinnista vaan siitä, että HUS:n kuntayhtymällä oli liian kunnianhimoiset päämäärät palvelujen hinnoittelussa. Kaupunki ei ole missään vaiheessa suhtautunut kielteisesti

erikoissairaanhoidon menojen ylityspyyntöihin ja kun HUS:n tulosjohtajat ovat pyytäneet johtavalta lääkäriltä lupaa hoitaa lohjalaisia potilaita huolimatta talousarvion ylittymisestä, he ovat sen myös saaneet.

Lohjan kaupungin terveyskeskuksen johtava lääkäri toteaa selvityksessään, ettei kaupunki ole kytenyt yksittäisen potilaan oikeutta tarpeelliseen erikoissairaanhoidon ja erikoissairaanhoidolle osoitettujen määrärahojen ylittymistä toisiinsa. Lohjalaisten potilaiden hoito voi jatkua HUS:n kuntayhtymässä normaalisti siinäkin tilanteessa, että määrärahat on käytetty. Silloin kun HUS:n tulosjohtajat ovat pyytäneet lupaa menojen ylittymiseen potilaiden hoitamiseksi, johtava lääkäri on antanut sen kaupungin puolesta. Kun erikoissairaanhoidon menot ovat ylittymässä, tehdään esitys valtuustolle määrärahan hyväksymiseksi erikoissairaanhoidon tarpeisiin. Valtuusto on aina hyväksynyt lisämäärärahaesitykset.

3.1.17

Loviisan kaupunki

Loviisan kaupungissa on ollut määrärahan ylityksiä, mutta kaupunginvaltuusto on ylitykset hyväksynyt. Näin ollen kukaan ei ole jäänyt tarvittavaa hoitoa paitsi.

Loviisanseudun kansanterveystyön kuntayhtymään kuuluvat HUS:n jäsenkunnista Lapinjärvi, Liljendal, Loviisa ja Pernaja. Kuntayhtymän vastaavan lääkärin antaman selvityksen mukaan kuntayhtymällä on aikaisemmin ollut korkeintaan neuvoo-antava rooli. Viime vuosina tätä ei ole hyödynnetty. Suuri ongelma sekä kuntien päättäjille että asiantuntijoille aiheutuu siitä, että kunnat ovat niin pieniä. Pienimmässä kunnassa eli Liljendalissa on vain 1 400 asukasta. Jo yksi odottamaton vaikea sairaus (leikkauskomplikaatio, tapaturma jne.) kaataa koko budjetin. Kunnissa on hänen tietääkseen tietoisesti budjetoitu seuraavan vuoden terveydenhuoltoon jopa vähemmän kuin mitä kuluvana vuotena on käytetty. Ylitykset on kuitenkin aina hyväksytty lisäbudjetilla. Muutaman kerran terveyskeskukseen on tullut ilmoitus, että kunnan erikoissairaanhoidon varaamat rahat ovat loppuneet kuluvalta vuodelta. Julkisen erikoissairaanhoidon järjestämiseen ei ole tullut tämän vuoksi muutoksia ainakaan terveyskeskuksen taholta. Lähetteitä on kirjoitettu tarpeen mukaan. Osa lähetteistä tulee myös muualta kuin terveyskeskuksista.

Vastaavan lääkärin selvityksen mukaan osa erikoissairaanhoidon palveluista on järjestetty terveyskeskuksen kautta ostopalveluina yksityissektorilta, lähinnä valtakunnallisilta palvelujen tuottajilta. Laskutus on hoidettu suoraan kunnista. Terveyskeskus ostaa jonkin verran erikoislääkäreiden palveluita, joita annetaan terveyskeskuksen tiloissa. Tähän toimintaan on varattu tietty rahasumma vuosittain. Toiminnalla on ollut tarkoitus helpottaa ja nopeuttaa potilaiden hoidon tarpeen arviointia.

Vastaavan lääkärin käsityksen mukaan kukaan ei ole jäänyt alueella hoidotta budjettivajauksien vuoksi. Toki jonot erikoissairaanhoidon ovat monesti kohtuuttomankin pituiset kuten koko HUS:n alueella.

3.1.18

Mäntsälän kunta

Erikoissairaanhoidon käyttö HUS:n sairaaloissa arvioidaan Mäntsälän kunnan ja sairaanhoitopiirin välisissä yhteisissä neuvotteluissa, joissa valmistellaan seuraavan vuoden talousarviota. Palveluiden tarpeen arvioinnin lähtökohtana ovat aikaisempien vuosien toteutunut käyttö, väkiluvun muutokset sekä väestön ikäjakautuma, erityisesti 75 vuotta täyttäneiden osuus. Valmistelussa käytetään Stakesin laskemaa väestön sairastavuutta kuvaavaa tarvekerrointa.

Neuvottelujen pohjalta sairaanhoitopiiri tekee tarjouksen eri erikoisalojen käytöstä. Tarjousta

käsitellään yhteisessä neuvottelussa. Näiden pohjalta laaditaan sairaanhoitopiirin ja kunnan välinen palvelusopimus. Sopimuksessa on erikoisaloittain arvioitu tuotetut palvelut ja niiden kustannukset.

Mäntsälän kokoisessa pienessä kunnassa on selvää vaihtelua erikoissairaanhoidon menoissa sen mukaan kuinka monta kallista yksittäistä hoitajaksoa minäkin vuonna toteutuu. Jos palvelusuunnitelma osoittautuu alimitoitetuksi joltakin osin, sairaanhoitopiirin ja kunnan välillä käydään neuvottelut, joiden perusteella korjataan erikoissairaanhoidon määrärahaa kunnan talousarviossa kesken talousarviovuoden.

Mäntsälän kunnan terveydenhuollon ylilääkärin antaman selvityksen mukaan yksittäisen potilaan oikeus tarpeelliseen erikoissairaanhoidon on turvattu. Osavuosikatsauksen mukaan kunta on pysynyt hyvin budjetissaan. Mikäli näin ei olisi ollut, hän olisi hakenut lisämäärärahaa. Kunta on velvoittanut viranhaltijat tehostettuun talousseurantaan ja välittömästi ilmoittamaan, jos budjetin ylitysuhka millä tahansa alueella on ennustettavissa.

3.1.19

Myrskylän kunta

Myrskylän kunta varaa vuosittain riittävästi määrärahaa terveydenhuollon menoihin palvelujen kysynnän mukaan ja tarvittaessa lisämäärärahaa on myönnetty. Kunta ei ole koskaan antanut mitään ohjeita, jotka rajoittaisivat hoitoon pääsyä.

Kunta kuuluu Orimattilan seudun kansanterveystyön kuntayhtymään. Terveyskeskuksen johtavan lääkärin tehtävänä on valvoa jäsenkuntien erikoissairaanhoidon käyttöä. Erikoissairaanhoidon laskut lähetetään hyväksymistä varten johtavalle lääkärille, joka toimittaa ne edelleen jäsenkuntiin maksamista varten. Johtava lääkäri osallistuu HUS:n kuntayhtymässä kuntakohtaisiin terveysuunnittelukokouksiin, joissa sovitaan erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöarviot. Pienen alle 2 000 asukkaan kunnan erikoissairaanhoidon palveluiden yksityiskohtaista käyttöä on lähes mahdotonta arvioida, koska vuosittaiset vaihtelut palveluiden käytössä voivat olla jopa 30-50 %. Kunta käyttää myös Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin palveluja.

Kunta on pyrkinyt pitämään erikoissairaanhoidon kustannukset kurissa sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon koordinoitulla yhteistyöllä. Kunnan talousarviot on laadittu toiveikkaasti, varsinaisesta alibudjetoinnista ei voitane puhua. Erikoissairaanhoidon varat määrärahat ovat usein ylittyneet, mutta se ei ole merkinnyt rajoituksia palveluiden käyttöön. Kunta ei ole milloinkaan antanut erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä koskevia rajoittavia määräyksiä perusterveydenhuollolle tai johtavalle lääkärille.

3.1.20

Nummi-Pusulan kunta

Nummi-Pusulan kunnan ja HUS:n neuvottelujen tuloksena allekirjoitetaan vuosittain palvelusopimus. Kunta ei ole mitenkään rajoittanut asukkaidensa hakeutumista erikoissairaanhoidon palveluihin, vaan asukkaat ovat päässeet kaikkiin tarvittaviin palveluihin joko terveyskeskuslääkärin, sairaalalääkärin, työterveyslääkärin tai yksityislääkärin lähetteen perusteella.

Pienellä kunnalla vuosittainen vaihtelu palvelutarpeessa on suurta ja siksi toisina vuosina palvelusopimus ylittyy, toisina alittuu. Ylityksen uhatessa kunta ei ole mitenkään rajoittanut asukkaiden saamia palveluja, vaan palvelujen tarve on katsottu ensisijaiseksi ja talousarvion noudattaminen sille alisteiseksi asiaksi.

Nummi-Pusulan kunnan terveyskeskuksen johtavan lääkärin antaman selvityksen mukaan poti-

laiden hoitamiseksi on saatu lisämääräraha, jos palvelusopimus on ylitetty. Kunta on ostanut paljon palveluja yksityissektorilta. Missään vaiheessa potilaita ei ole jätetty hoitamatta. Hoidon saantia rajoittavia ohjeita ei ole annettu.

3.1.21

Nurmijärven kunta

Alueen kunnissa, Nurmijärvelläkin, on aikaisemmin esiintynyt erikoissairaanhoidon alibudjetoimia, mutta se ei ole käytännössä johtanut väestön saamien erikoissairaanhoidon palveluiden rajoittamiseen, vaan sairaalat ovat tuottaneet palveluita potilaiden lääketieteellisen tarpeen perusteella ja kunnat ovat lopulta maksaneet näin syntyneet kustannukset.

Nurmijärven kunnan terveyskeskuksen ylilääkäri toteaa selvityksessään, että erikoissairaanhoidon vuosittain vaatimaa määrärahaa on tavattoman vaikea tarkasti arvioida ja korjauksia joudutaan tekemään lähes vuosittain. Taloudellisista syistä ei ole tarpeen yrittää rajoittaa kuntalaisten saamaa erikoissairaanhoidoa siitä, mitä lääketieteellinen tarve aiheuttaa. Eri asia on alueen vajaan käynyt kapasiteetti kasvavan väestömäärän tarpeisiin eli jononmuodostus toimii varsinaisena hoitoon pääsyä rajoittavana tekijänä.

Ylilääkäri toteaa selvityksessään käsityksensä, että potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 3 § näyttäisi laillistavan taloudellisilla perusteilla tapahtuvan hoitoon pääsyn rajoittamisen. Ylilääkärin mukaan potilaan lähettäminen ja pääsy erikoissairaanhoidon on käytännössä kuitenkin siinä määrin monimutkainen prosessi, ettei sitä pystytä kunnan mahdollisesti antamalla ohjeilla juurikaan säätelemään muiden kuin mahdollisesti jonosta otettavien ei-kiireellisten hoitotoimenpiteiden suhteen. Hoitoon ottamisesta päätetään käytännössä lääketieteellisillä perusteilla eikä ainakaan vielä ole perustettu kuntakohtaisia jonoja.

Nurmijärven kunta ei ole antanut erikoissairaanhoidolle hoidon saantia koskevia ohjeita. Useassa yhteydessä erikoissairaanhoidolle on kuitenkin korostettu oikean hoidon porrastuksen tärkeyttä ja sitä, että väärälle tasolle ohjautuneen potilaan hoito HUS:n sisällä tulisi siirtää oikealle tasolle.

3.1.22

Pernajan kunta

Pernajan kunnan terveyden- ja sairaanhoidon budjetti pohjautuu sairaanhoitopiirin antamiin tietoihin. Kunta ei ole tehnyt päätöksiä, jotka rajoittaisivat kuntalaisten oikeutta saada erikoissairaanhoidon palveluja. Valtion tulisi tulevaisuudessa vastata erikoissairaanhoidosta kuntasektorin huolehtiessa perusterveydenhuollosta.

3.1.23

Pohjan kunta

Pohjan kunta ei katso alibudjetoineensa erikoissairaanhoidon viimeisinä vuosina. Valtuusto on varannut talousarviossa erikoissairaanhoidolle määrärahat, joihin vuosittaisissa sopimuksissa on päädytty. Kustannusseuranta on kuitenkin muuttunut aikaisempaa epäselvemmäksi ja vaikeammaksi uuden sairaanhoitopiirin perustamisen myötä. Kehitystä Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ohjattiin niin, että kunnat pystyivät reaaliajassa seuraamaan kustannuksia. Maksuunpano toteutettiin jälkikäteen eikä ennakkomaksuja tai säännöstelyjä tarvittu.

Pohjan kunnan vastaavan lääkärin selvityksen mukaan kunta ja HUS seuraavat yhteisesti budjetti- ja käyttötoteutumaa kuluvan vuoden aikana ja jos selvä ylitystarve tulee, kunta ottaa ylitystarpeen esiin syksyn aikana lisäbudjettia tehtäessä. Lisäbudjetti käsitellään kunnanhallituk-

sessä ja -valtuustossa. Kunta ei ole antanut hoidon saantia koskevia ohjeita.

3.1.24

Pornaisten kunta

Pornaisten kunta on varannut talousarvioonsa sairaanhoitopiirin esittämän suuruiset määrärahat. Sairaanhoitopiiri pystyy oman seuranta- ja raportointijärjestelmänsä avulla huomioimaan omassa talousarvioehdotuksessaan kuntalaisten tarvitsemat palvelutarpeet, tason, saatavuuden, väestön sairastavuusmuutokset sekä hoitojen/lääkkeiden hintojen muutokset. Kunta ei ole alibudjetoanut erikoissairaanhoidon menoja talousarvion laadinnan hetkellä.

Pienessä kunnassa vaativia kalliita hoitopaketteja ei kuitenkaan pystytä ennakoimaan talousarvion laatimisen yhteydessä. Erikoissairaanhoidon määrärahan loppuminen kesken toimintavuotta ei ole ollut eikä tule olemaan jatkossakaan este kuntalaisten hoidon saamiselle.

Porvoon sairaalan alueen kuntien kanssa laaditaan parhaillaan kuntaprofiilia, jonka avulla pystyttäisiin nykyistä paremmin ennakoimaan kuntien erikoissairaanhoidon kustannuksia.

Pornaisten kunnan terveystieteiden johtava lääkäri toteaa selvityksessään, että kunnan hallintosäännön mukaan erikoissairaanhoidon budjetin ylityksen uhatessa johtava lääkäri esittelee perusturvalautakunnalle lisätalousarvioehdotuksen. Ehdotus etenee kunnanhallituksen kautta kunnanvaltuustoon. Vuonna 2001 HUS:n talousarvio ylittyi Silmäklinikan osalta ja valtuusto myönsi lisämäärärahan.

3.1.25

Porvoon kaupunki

Porvoon kaupungin talousarvioesitys perustuu HUS:n ja kaupungin yhteistyönä laatimiin terveysuunnitelmiin. Näissä suunnitelmissa on arvioitu selvityspyynnössä mainitut seikat. Hintojen muutoksiin on varauduttu vähintään samalla tavalla kuin kunnan talousarviossa yleensä.

Kaupunki toteaa vuoden 2000 määrärahan osoittautuneen jälkeenpäin hieman alimitoitetuksi. Tämä ei kuitenkaan rajoittanut kuntalaisten hoitoon pääsyä, koska rahoitusta lisättiin sopimusvuoden aikana niin, että kuntalaisille taattiin tarpeelliset palvelut.

Johtavan lääkärin selvityksen mukaan potilaat lähetetään erikoissairaanhoidon budjetin ylityshetkestä huolimatta. Tällaisia tilanteita varten kunta ei ole antanut mitään hoidon saantia koskevia ohjeita.

3.1.26

Sammatin kunta

Sammatin kunnassa käydään erikoissairaanhoidon suunnittelua ja talousarvion laadintaa varten vuosittaiset erilliset neuvottelut. Palveluja suunniteltaessa ja arvioitaessa seuraavien vuosien palvelujen tarvetta käytetään laajaa tietoa väestöstä ja vertailutietoa aiemmista vuosista. Yhdenkin vaikeasti sairastuneen kuntalaisen hoito voi aiheuttaa suuren muutoksen pienen kunnan erikoissairaanhoidon arvioon, mikä näkyy helposti ylityksenä. Kuntalainen saa palvelut joka tapauksessa sairautensa ja tarpeidensa mukaisina. Perusterveydenhuollon palvelut kunta ostaa Lohjan kaupungilta.

3.1.27

Sipoon kunta

Sipoon kunnan tilaukset ovat HUS:n ehdotusten mukaisia. Porvoon sairaanhoitoalueen muiden kuntien kanssa selvitetään kunnan profiili, joka antaa aikaisempaa paremmat välineet ennustaa väestön terveystarpeiden tarvetta. Väestön terveystarpeiden käyttö on riippuvainen paitsi todellisesta tarpeesta myös terveystarpeiden tarjonnasta ja väestön kokemasta tarpeesta. Tässä yksittäinen kunta on riippuvainen koko piirin yhteisistä päätöksistä, jotka ovat paitsi lääketieteellisiä myös terveystarpeellisia.

Kunta on huolestunut erikoissairaanhoidon voimakkaasta kustannusvastuusta ja toivoo että valtion viranomaiset kiinnittäisivät enemmän huomiota kuntien terveydenhuollon voimavaroihin terveydenhuollon suunnittelussa ja että tämä huomioitaisiin erityisesti kun kunnille säädetään velvoitteita.

Sipoon kunnan vastaavan lääkärin selvityksen mukaan kunta ei ole koskaan evännyt yksittäisen potilaan hoitoa budjetin ylitystilanteessa, vaan on sallinut budjetin ylityksen ja tehnyt tarpeen mukaan lisäbudjetin. Kansallisen terveysprojektin suositusten mukaan tutkitaan ja kehitetään eri potilasryhmien pääsy hoitoon yhdessä HUS:n hallinnon ja asiantuntijoiden kanssa.

3.1.28

Siuntion kunta

Siuntion kunta ei ole millään tavalla rajoittanut kunnan asukkaiden mahdollisuuksia saada erikoissairaanhoidon palveluita. Erikoissairaanhoidon talousarvio laaditaan yhdessä kansanterveystyönkuntayhtymän ja erikoissairaanhoidon edustajien kanssa. Tällöin pyritään edellisen vuoden ja kuluvan vuoden hoitajaksojen pohjalta arvioimaan todellinen erikoissairaanhoidon määrärahan tarve. Mikäli hoitajaksoja on arvioitua useampia, kunta ei rajoita asukkaita saamasta hoitoa, vaan talousarvion määräraha ylitetään. Kunta pyrkii siihen, että kuntalaiset saavat hoitoa oikealla hoitotasolla.

3.1.29

Tammisaaren kaupunki

Väestön erikoissairaanhoidon tarve vaihtelee pienessä kunnassa vuodesta toiseen. Suunnittelu tulee aina olemaan vaikeaa, koska asukkaiden sairaanhoidon tarvetta ei voida tarkoin ennustaa. Tammisaaren kaupungin ja HUS:n kanssa käydään hyödyllisiä yhteistyökeskusteluja useita kertoja vuoden kuluessa.

Johtavan lääkärin selvityksen mukaan erikoissairaanhoidon budjetointi tapahtuu siten, että edellisten vuosien käytön perusteella yritetään arvioida erikoissairaanhoidon käyttö realistisesti siten, että optimaalisella hoidon onnistumisella päästäisiin budjetoituun summaan eikä tämä ylittyisi. Usein budjetti on kuitenkin ylittynyt runsaasti ja pienten kuntien satunnaisvaihtelun suunta on useimmiten ylöspäin. Kuntien kehnossa rahatilanteessa turvaututaan yleensä toiveajatteluun. Jos rahat ovat loppuvuodesta lopussa, erikoissairaanhoidosta ilmoitetaan budjetin ylityksestä. Potilaat kuitenkin lähetetään hoitoon kuten aikaisemminkin, eikä keneltäkään ole toistaiseksi evätty tarpeellista hoitoa. Ylitetty budjetti korjataan.

3.1.30

Tuusulan kunta

Tuusulan kunta ostaa erikoissairaanhoidon palveluita HUS:n kuntayhtymältä, jonka kanssa laaditaan yhteistyössä palvelusopimus. Palvelujen määräytymisen perusteena ovat edellisen ja kuluvan vuoden toteutunut toiminta. Sopimuksen rahallinen arvo on määräytynyt neuvottelujen tuloksena. Neuvottelussa on arvioitu mm. käytön lisäys, toiminnalliset muutokset sekä arvioitu kustannusten nousu.

Hyvinkään sairaanhoitoalueella on laadittu kuntaprofiiliselvitys, jonka tarkoituksena oli selvittää käytössä oleva palvelurakenne ja siitä aiheutuvat kustannukset vertailukunnissa. Tätä tietoa on käytetty laadittaessa HUS:n terveystuunnitelmaa, joka on osaltaan palvelusopimuksen perustana. Kunta ei ole millään keinoilla rajoittanut kuntalaisten hoitoon pääsyä. Sopimukset on pyritty tekemään hoitotarvetta vastaaviksi. Alibudjetoitua ei ole tapahtunut, vaan sopimusta tehtäessä on huomioitu myös inflaation aiheuttama kustannusten nousu.

Tuusulan kunnan terveyskeskuksen johtavan lääkärin selvityksen mukaan terveyskeskuksessa ei ole annettu potilaan hoitoon pääsyä rajoittavia ohjeita. Joidenkin erikoisalojen osalta sairaanhoitopiiristä on tiedusteltu toimintaohjeita tapauksissa, joissa budjetti näyttää ylittyvän. Tällöin on ilmoitettu, että kunta ei hyväksy kuntakohtaisia jonoja, vaan tarvittava hoito voidaan antaa budjetin ylityksestä riippumatta.

3.1.31

Vantaan kaupunki

Erikoissairaanhoidon palvelujen tilaamista koskevissa vuosittaisissa kuntaneuvotteluissa Vantaan kaupunki tilaa sen tarvitsemansa kapasiteetin, jonka HUS kykenee tuottamaan. Tuottajan ongelmista johtuen tilaukset eivät ole täysin toteutuneet, mutta syynä siihen lienevät enemmänkin osaaajapula sekä sairaaloiden sisäisen ja niiden välisen työnjaon ongelmat. Terveysbudjetoinnissa on pyritty tiedossa olevan hoidon tarpeen ja ennusteiden mukaiseen mitoittamiseen. Hoitomenetelmien tai lääkkeiden kustannushyödyn arviointia ei voida ratkaista talousarviopäätöksin, vaan se tulee jättää lain mukaan lääkäreiden harkintaan.

Vantaan kaupungin terveydenhuollon johtajan selvityksen mukaan budjetin ylitysuhan ollessa tiedossa on tarvittaessa käyty keskusteluja ylitysuhan ilmoittaneiden HUS:n tulosjohtajien kanssa. Keskusteluissa on usein todettu, että kyseisen klinikan ylitysuha johtuu siitä, että joku toinen Vantaan käyttämistä HUS:n samoja palveluja tuottavista yksiköistä on vastaavasti alittamassa sille esitetyn tilauksen, jonka jälkeen ao. HUS:n ylilääkärit ovat keskenään sopineet työnjakonsa muuttamisesta. Kun ratkaisu on ollut Vantaan kannalta kustannusneutraali, sitä ei ole ollut tarpeen käsitellä talousarvion muutoksena kunnallisissa luottamuselimissä.

Kun tilauksen ylitysuha on ollut olemassa koko HUS:n kohdalla, sosiaali- ja terveyslautakunnalle on asianmukaisesti esitetty talousarvion muutosta, joka on aina merkinnyt määrärahalisäystä eikä koskaan sairaalaan ottamisten pysäyttämistä. Kunnalla on ollut mahdollisuus hankkia ongelmatapauksissa myös ostopalveluna kiireellisiä hoitoja; tähän menettelyyn on turvaututtu viimeksi lääkärilakon aikana.

Yksittäisen kuntalaisen erikoissairaanhoidon kunta ei ole puuttunut, koska sairaalassa annettavan hoidon ratkaisee sairaalan ao. ylilääkäri sairaalan johtavalta lääkäriltä tarvittaessa saamiensa ohjeiden avulla.

3.1.32

Vihdin kunta

Vuosittain talousarviota laadittaessa Vihdin kunta käy seuraavan vuoden palvelusopimuksesta HUS:n ja Lohjan sairaanhoitoalueen kanssa kuntaneuvottelun, jossa yhdessä sovitaan erikoissairaanhoidon tarve kunnan osalta. Kunta on budjetoitunut erikoissairaanhoidon tämän sopimuksen mukaisesti. Erikoissairaanhoidon toteutumista seurataan kolmen kuukauden välein perusturvalautakunnassa ja kunnanhallituksessa. Jos palvelusopimus on osoittautunut alimitoitetuksi, talousarviota on tarkistettu siltä osin.

Vuoden 2000 lopulla Lohjan sairaanhoitoalueella tehtiin yhteistyössä Stakesin kanssa alueen

kunnissa ns. kuntaprofiilitutkimus, jossa selvitettiin tarvevakioidusti (ikä rakenne, sairastavuus, työkyvyttömyys, lääkkeiden erityiskorvattavuus jne.) kuntien erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tarve sekä kehittämistarpeet. Tämä tutkimus toimii palvelusuunnitelmien pohjana ja sen toivotaan entisestään parantavan terveyden- ja sairaanhoidon tarpeen ja rahoituksen suunnittelua kunnissa.

Suurimpana ongelmana julkisen sairaanhoidon saatavuudessa on tällä hetkellä lääkäripula (ja orastava hoitohenkilökunnan rekrytointivaikeus), joka on erityisen vaikea perusterveydenhuollossa ja joillakin erikoisaloilla, kuten psykiatria, ortopedia, radiologia ja silmätaudit. Palvelujen turvaamiseksi kunta ostaa erikoislääkärikonsultaatioita yksityisiltä ortopedeilta, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäreiltä, sisätautilääkäreiltä, silmälääkäreiltä, neurologeilta ja radiologeilta. Sairaalapalveluita ostetaan oman sairaanhoitoalueen ulkopuolisilta ja yksityisiltä sairaaloilta.

Vihdin kunnan johtavan lääkärin selvityksen mukaan talousarvion toteutumisen seuranta on kunnan perusturvakeskuksessa jatkuvaa. Viimeistään puolivuotisraporttia laadittaessa nähdään, onko budjettiylitystä odotettavissa. Tällöin toimitetaan pyyntö tarvittavasta lisämäärärahasta kunnanhallitukselle/-valtuustolle. Tähän mennessä lisämääräraha on aina myönnetty. Vihtiläisiä ei ole jätetty hoitamatta tai lykätty hoitoa määrärahojen puutteen vuoksi. Erikoissairaanhoidon antaville tahoille ei ole annettu erillisiä ohjeita budjetin ylitystilanteista. Epäselvissä tapauksissa on erikoissairaanhoidosta otettu yhteyttä toimintatavan tarkistamiseksi.

3.2

Potilasasiamiesten ja Suomen Potilasliiton näkemykset

3.2.1

Potilasasiamiesten esittämät näkemykset

Pyysin (29.4.2002) HUS:n ja sen jäsenkuntien terveyskeskusten potilasasiamiehiltä selvitystä siitä, oliko potilaiden taholta saatettu potilasasiamiesten tietoon kantelukirjoituksessa esitetyt väitteet.

3.2.1.1

Jäsenkuntien terveyskeskusten potilasasiamiesten näkemykset

Jäsenkuntien terveyskeskusten potilasasiamiesten selvityksistä kävi ilmi mm. seuraavaa.

Potilasasiamiehille oli tullut vain vähän yhteydenottoja erikoissairaanhoidon pääsystä yleensä. Sen sijaan yhteydenottoja oli tullut lasten ja nuorten psykiatriseen tutkimukseen ja hoitoon pääsyn viivästyneisyydestä. Tyytymättömyyttä oli esitetty myös esim. psykiatrisen avo- ja jälkihoidon toimivuudesta ja vastuusta.

Tyytymättömyyttä oli esitetty myös HUS:n jonojen pituudesta. Erityisesti jonot kaihileikkauksiin, kuulokojesovituksiin ja ortopedisiin sekä neurologisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin oli todettu pitkiksi.

Vanhusten hoitoon liittyviä yhteydenottoja oli tullut omaisten taholta. Omaiset olivat saattaneet kokea akuuteissa tilanteissa päivystysluontoisesti apua etsiessään, että vanhuksen tilannetta ei ollut otettu tarpeeksi todesta tai ei ollut "välitetty" tutkia tarpeeksi huolellisesti tai niin että "ellei vaadi, niin ei saa hoitoa". Niin ikään yhteyttä oli otettu pitkistä odotusajoista fyysikaaliseen hoitoon ja sen vuoksi, että oli ollut vaikeata saada lääkinnällistä kuntoutusta, kun potilas oli täyttänyt 65 vuotta.

Potilaat ja heidän omaisensa olivat kokeneet hankalaksi myös tilanteen, jossa hoidon porrastuksen vuoksi potilas oli kuljetettu terveyskeskuksen kautta erikoissairaanhoidon päivystykseen.

Myös kalliisiin syöpälääkkeisiin liittyviä yhteydenottoja oli ollut. Tällöin ongelmana oli ollut Kansaneläkelaitoksen kielteinen kanta lääkekorvauksiin avohoidossa.

Ruuhkaisesta päivystyksestä oli ollut yhteydenottoja terveyskeskuspäivystyksen osalta samoin kuin siitä, että terveyskeskuksesta ei ollut annettu vastaanottoaikaa lääkärille lainkaan. Tällaisissa tapauksissa potilaat kokevat usein olevansa "pakotettuja" käyttämään yksityisen terveydenhuollon palveluja.

3.2.1.2

HUS:n potilasasiamiesten näkemykset

HUS:n omien potilasasiamiesten selvityksistä puolestaan kävi ilmi mm. seuraavaa.

Yhteydenotoissa oli korostunut potilaan pääseminen sairaalaan joko tutkimuksiin tai leikkaukseen varsinkin kun jonotusaika venyy ja potilaan vaiva pahenee. Yhteydenottajat olivat voineet sivuta alibudjetoimia siitä kuitenkaan suoranaisesti puhumatta. Sairaalaan hoitoon tai tutkimuksiin odottavat potilaat olivat todenneet esimerkiksi yleisesti, että kunnan pitäisi panostaa enemmän terveydenhuoltoon, mutta se varaakin rahaa teihin ja erilaisiin halleihin.

Potilailta oli tullut myös viestejä, ettei terveyskeskuksesta suostuta kirjoittamaan lähetettä erikoissairaanhoidon tai että lähetteen saaminen kestää kauan. Toisaalta erikoissairaanhoidon myös palauttaa lähetteitä, joten ongelma voidaan nähdä myös terveydenhuollon yhteistyökysymyksenä.

Päivystystoiminta oli aiheuttanut runsaasti yhteydenottoja erityisesti silloin, kun terveyskeskuspäivystys toimii erikoissairaanhoidon yksikössä. Potilaat eivät erota toisistaan terveyskeskusta ja erikoissairaanhoidon päivystystä, vaan heille kaikki erikoissairaanhoidon toimintayksikössä tapahtuva toiminta on sairaalan toimintaa. Päivystysjonojen pituutta oli myös arvosteltu. Potilaat moittivat myös sitä, että jatkohoito suositellaan tapahtuvaksi yksityissektorilla.

Yksittäisiä valituksia oli tullut myös kuntoutusasioista samoin kuin siitä, että psykiatriseen hoitoon ei pääse tai että hoitosuhde katkeaa liian varhain. Kirurginen potilas saattoi valittaa, ettei tapaa lainkaan leikkannutta kirurgia tai anestesia lääkäriä. Myös hoitajien kiire oli huomattu eikä vuodeosastolle oleva potilas tohdi soittaa kelloa, vaikka tarvetta olisi. Potilas saattoi myös kokea, että hänet palautetaan liian varhain erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, jossa hän ei näkemyksensä mukaan enää saa tarvitsemaansa hoitoa.

Erytyisesti potilaiden omaiset kantoivat huolta vanhusten ja vaikeavammaisten hoidon ja kuntoutuksen resursseista sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

Myös maksusitoumuksia todettiin olevan vaikea saada. Ongelmia oli ilmennyt mm. 65 vuotta täyttäneiden laitospäivystyksen järjestämisessä ja sopeutumismenestyskurssien järjestämisessä.

3.2.2

Suomen Potilasliiton näkemykset

Varasin (29.4.2002) myös Suomen Potilasliitolle tilaisuuden lausua käsityksensä asiassa. Potilasliitto totesi lausunnossaan mm. seuraavaa.

Viimeisten vuosien aikana hoitoon pääsyn ongelmat ovat merkittävästi lisääntyneet. Erityisesti läheteiden saaminen erikoissairaanhoidon on ongelmallista. Varsinkin ikääntyneet potilaat ovat valittaneet sitä, että heitä juoksetetaan terveyskeskuksessa useita kertoja saman asian vuoksi, määrätään sattumanvaraisesti lääkkeitä kokeiltavaksi mutta ei kirjoiteta lähetettä tutkimuksiin ja tehokkaampaan hoitoon. Erityisesti helsinkiläisten potilaiden hoitoon pääseminen on vaikeutunut HUS:n perustamisen jälkeen. Useasti potilaan sairaus on pahentunut jonossa odottaessa ja pääsy erikoissairaanhoidon on sittemmin tullut parantumisen kannalta liian myöhään tai hoito on tullut todella kalliiksi. Syöpätautien lisäksi myös monien muidenkin tautiryhmien potilaat ovat valittaneet hoitoon pääsyn vaikeuksia, pitkiä jonoja ja erityisesti kuntoutusmahdollisuuksien riittämättömyyttä.

Potilasliitolle on vuosien kokemuksesta syntynyt sellainen käsitys, että myös alibudjetointi on monien muiden syiden ohella syynä erikoissairaanhoidon laaja-alaiseen ongelmakenttään. Taloudelliset prioriteetit saattavat haitata merkittäväällä tavalla potilaan oikeuksien toteutumista.

Potilasliitto kiinnitti huomiota erityisryhmien (esim. vanhuksat, työttömät, pitkäaikaissairaat, sairauden vuoksi invalidisoituneet, mielenterveyspotilaat, syrjäytyneet ja sairaanhoidon hallinnon rutiineja tuntemattomat väliinputoajat) vaikeuteen saada asianmukaista riittävää ja tarpeellista erikoissairaanhoidoa ja sen edellyttämää omahoitoa, tutkimuksia ja välineitä. Potilasliiton käsityksen mukaan lääkärin ja hoitohenkilökunnan kielteiseen suhtautumiseen on usein syynä "säästäminen", vaikka se potilaalle ilmaistaankin varmana käsityksenä, että hänen pyytämänsä hoito tai toimenpide "ei ole tarpeen".

Potilasliitto kokee vakavaksi epäkohdaksi potilaiden eriarvoisen aseman terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen saamisessa eri kunnissa. Eriarvoisuutta on myös HUS:n jäsenkunnissa, jopa Helsingin eri kaupunginosien välillä. Jossakussa Helsingin terveyskeskuksessa pääsee lääkärin vastaanotolle samana päivänä, toisessa ei pääse edes varaamaan aikaa puhelimitse, ja odotusaika lääkärille voi olla kolmekin viikkoa. Joissakin tapauksissa voidaan puhua jopa heitteillejätöstä.

Potilasliiton mukaan on aivan yleistä, että kustannustietoinen lääkäri on haluton "päästämään" potilasta pois perusterveydenhuollosta. Yksi yleinen esimerkki on alkavan syövän hoito tehottomin lääkkein ilman tarkempia tutkimuksia, kunnes potilaan kannalta hoito on liian myöhäistä. Erikoissairaanhoidossa ongelmana ovat myös apuvälineiden hankinnat.

3.3

Suomen Kuntaliiton näkemys

Varasin vielä (29.4.2002) Suomen Kuntaliitolle tilaisuuden antaa lausunnon asiassa. Toivoin Kuntaliiton kiinnittävän lausunnossaan erityisesti huomiota alibudjetoinnin merkitykseen palveluiden tuottamiselle. Kuntaliitto totesi lausunnossaan mm. seuraavaa.

Kun kansantalous kärsi 1990-luvulla lamasta, myös kuntien taloudellinen tilanne kiristyi. Samanaikaisesti valtionosuudet kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon vähentyivät hyvin olennaisesti, mikä johti kuntien talouden tiukkenemiseen. Tässä tilanteessa kunnat pyrkivät sopeuttamaan menonsa supistuviin tuloihinsa, myös valtionosuuksien supistuksiin. Monet kunnat varautuivatkin talousarvioissaan 1990-luvulla seuraavana vuonna pienempiin sairaanhoidon menoihin kuin talousarvion laatimisvuonna ja sitä edeltävänä vuotena. Tältä osin kansanedustaja Akaan-Penttilä on kritiikissään Kuntaliiton käsityksen mukaan oikeassa. Tilanne ei koske kaikkia kuntia, mutta Kuntaliiton tekemissä selvityksissä tällainen suuntaus näkyy. Supistetut talousarviot ovat johtaneet myös siihen, että tilauksia on supistettu ja että odotusajat ovat pidentyneet myös sellaisissa palveluissa, joissa mm. väestön ikääntymisestä johtuen palvelujen tarve kasvaa vääjäämättä.

Suomen Kuntaliitto on selvittänyt muutamana vuonna noin 60:n yli 60 000 asukkaan kunnan talousarvioiden toteutumaennusteita sosiaali- ja terveystenonjen ja erikseen sairaanhoidon osalta. Selvityksistä ilmenee, että kuntien toimintamenot ylittivät talousarviot ja eniten erikoissairanhoidon palveluissa.

Erikoissairanhoidossa sairaanhoitopiirien tuloista valtaosa tulee jäsenkunnilta niille myydyistä palveluista saatavista tuloista. Sairanhoitopiirien talousarviot valmistellaan omistajakuntien ohjauksessa ja tilausten perusteella. Sairanhoitopiirien vuoden 2001 alkuperäisten talousarvioiden mukaan myyntitulojen jäsenkunnilta ennakoitiin kasvavan 2 % edellisvuodesta. Näin siis arvioitiin palveluiden tarpeen kasvu. Myyntitulot kasvoivat kuitenkin todellisuudessa 7.2 % ja HUS:n kuntayhtymässä kasvu oli 8.5 %.

Selvityksistä ei käy ilmi, mistä alhainen kasvuarvio johtuu, mutta se on kuitenkin johtanut budjetin ylittymiseen. Joistakin sairaanhoitopiireistä on viestitetty Kuntaliitolle, että esim. palkkamenonjen kasvua tai tiedossa olleita ostoja tai laitehankintoja ei ole budjetissa aina huomioitu täysimääräisinä.

Kuntaliitto viittaa professori Kaarlo Tuorin sille 5.12.2001 antamaan lausuntoon. Tuorin mukaan valtion ja kuntien taloudellisten suhteiden kehitys 1990-luvun alusta lähtien on johtanut tilanteeseen, jossa on perusteltua katsoa, että kuntien suhteellista rahoitusosuutta kasvattavat lainsäädännölliset toimenpiteet ovat ristiriidassa sen taloudellisen itsenäisyyden kanssa, jota perustuslain 121 §:n takaama kunnallinen itsehallinto edellyttää. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tai opetus- ja sivistystoimessa tällaiset toimet ovat Tuorin mukaan myös ristiriidassa sen turvaamisvelvollisuuden kanssa, joka valtiolle seuraa perustuslain 22 §:stä.

Kuntaliitto viittaa perustuslain 22 §:ään ja toteaa säännöksen merkitsevän sitä, että valtiolla on ensisijainen vastuu perusoikeuksien toteuttamisesta, mikä on otettava nimenomaan huomioon kuntien taloudellisia voimavaroja arvioitaessa.

Kuntaliiton käsityksen mukaan potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 3 § kytkee terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisvelvollisuuden kulloinkin käytettävissä oleviin voimavaroihin. Kuntaliitto toteaa, että viimeksi mainitun lain 3 ja 4 §:stä käy ilmi, että lääketieteellisesti arvioiden kiireelliseksi katsottava hoito on järjestettävä viipymättä, mutta muissa tilanteissa on sallittua ohjata hoidon tarpeessa oleva potilas esimerkiksi odottamaan hoitoa tai ohjata hänet muualle hoitoon huomioiden potilaan yksilöllinen hoidon tarve. Tämä tarkoittaa valtiotalon ja kuntien vastuuta riittävien terveyspalvelujen turvaamisesta sekä potilaan oikeutta päästä voimittensa edellyttämällä kiireellisyydellä hoidon porrastuksen mukaiseen hoitopaikkaan. Potilasta on informoitava hoitoon pääsystä, mikä turvaa hänen oikeutensa hoitoon eikä potilasta voi jättää epämääräiseksi ajaksi jonottamaan hoitoon pääsyä.

Kuntaliitto toteaa, että lainsäädännön mukaan terveydenhuollon järjestämisvastuu on kunnilla. Toiminnan rahoittamiseen kunnilla on käytettävissään kaikki ne taloudelliset resurssit, joita ne saavat veroina tai toiminnallisina tuottoina tai valtionosuuksina. Valtionosuudet eivät ole vuodesta 1993 lukien olleet "korvamerkittyjä", vaan määrärahojen suuntaaminen perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoitoon tapahtuu valtuustojen päätöksellä budjettikäsittelyn yhteydessä.

Pienissä ja keskisuurissa kunnissa on tilastollisesti täysin mahdotonta arvioida aivan oikein tulevan vuoden tai tulevien vuosien määrärahatarpeet, koska väestön sairastavuus vaihtelee tilastollisesti merkittävästi. Satunnaiset vaihtelut ovat helposti johtaneet budjettien ylittymiseen tai vastaavasti alittumiseen. Käytännössä on yleisesti toimittu niin, että budjettien ylittyminen on sallittu silloin, kun todellista hoidon tarvetta on ollut. Kuntaliitto toteaa, että kansalaisia ei ole jätetty hoitamatta.

Hyvin tiukka budjetti on kuitenkin saattanut vaikeuttaa sairaanhoitopiirin toiminnan suunnittelua, koska sairaanhoitopiirin väestöpohjan kohdalla on helpompi ennakoida tarpeen kasvua ja myös menojen kasvua, mikä on saattanut olla ristiriidassa yksittäisten kuntien näkemysten kanssa.

Kuntaliitto toteaa, että saatujen selvitysten perusteella ja ottaen erityisesti huomioon väestön sairastavuudessa tapahtuvat vaihtelut ei voida osoittaa, että kunnat olisivat tarkoituksella ali-budjetoineet terveismenoja ja täten syyllistyneet säädettyjen velvollisuuksien laiminlyöntiin.

Kuntaliitto mainitsee, että ylimpien tuomioistuinten viimeaikainen ratkaisukäytäntö on osoittanut kansalaisen palvelujen saannin peruseriaatteen yksilöllisen hoidon tarpeen arvioinnin välttämättömyyden palvelusuunnitelmassa. Kuntien on otettava tämä huomioon valmistellessaan palvelusuunnitelmiaan ja talousarvioitaan sekä päättäessään niistä.

Kuntaliiton mukaan kansanedustaja Akaan-Penttilä on puuttunut kantelukirjoituksessaan merkittävään ilmiöön, joka kertoo kuntien halusta ohjata mm. terveydenhuollon palvelujärjestelmää ensisijaisesti budjettiohjauksella. Palvelujen määrä ja laatu terveydenhuollossa ovat kuitenkin ensisijaisesti riippuvia väestön palvelutarpeesta, joka puolestaan riippuu keskeisesti väestön ikääntymisestä, terveyden edistämisen vaikuttavuudesta ja sairaanhoidon kehittyvien teknologioiden tarjoamista uusista hoitomahdollisuuksista mm. syöpätautien hoidossa. Budjettiohjauksella ei ole voitu merkittävästi vaikuttaa tähän tarpeeseen, mistä ovat olleet seurauksena budjettien ylitykset.

4

OIKEUSOHJEET

Seuraavaan on koottu keskeiset terveyspalveluja koskevat perustuslain säännökset, säännökset kuntien asemasta ja velvollisuudesta järjestää terveyspalveluja, sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudesta, potilaan asemasta ja oikeuksista sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävistä.

4.1

Terveyspalveluja koskevat perustuslain säännökset

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamista koskevassa hallituksen esityksessä todetaan, että "nykyisistä tukijärjestelmistä turvaavat ihmisarvoisen elämän perusedellytyksiä myös eräät lasten, vanhusten, vammaisten ja kehitysvammaisten huoltoon kuuluvat tukitoimet, erityisesti oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon" (HE 309/1993 vp, s.69). Hallituksen esityksen mukaan säännöksellä turvataan jokaiselle suoraan perustuslakiin perustuva oikeus sellaiseen tulo-tasoon ja palveluihin, joilla taataan ihmisarvoisen elämän edellytykset (s. 69).

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. Hallituksen esityksen mukaan palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (HE 309/1993 vp, s.71).

Palvelujen järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat välillisesti myös muut perusoikeussäännökset, kuten yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö (6 §). Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esimerkiksi iän, alkuperän, kielen, uskonnon, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Hallituksen esityksen mukaan säännös ilmaisee paitsi pe-

rinteisen vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta myös ajatuksen tosiasiallisesta tasa-arvosta. Julkisen vallan on pyrittävä myös positiivisin toimenpitein edistämään yhdenvertaisuuden toteuttamista (HE 309/1993 vp, s. 42).

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Hallituksen esityksen mukaan perusoikeuksien toteutuminen edellyttää julkisen vallan aktiivisia toimenpiteitä, esimerkiksi tosiasiallisten edellytysten luomiseksi perusoikeuksien käyttämiselle. Säännös korostaa pyrkimystä perusoikeuksien aineelliseen turvaamiseen muodollisen, menettelyvaatimukseen liittyvän perusoikeusturvan rinnalla (HE 309/1993 vp, s.75). Säännöksessä ei ole määritelty niitä keinoja, joilla julkisen vallan tulee toteuttaa turvaamisvelvollisuutensa. Keskeisiin keinoihin kuuluvat hallituksen esityksen mukaan perusoikeuden käyttöä turvaavan ja täsmentävän lainsäädännön säätäminen sekä taloudellisten voimavarojen kohdentaminen (s. 75).

4.2

Kuntien asema

4.2.1

Kuntien itsehallinto

Perustuslain 121 §:n mukaan kuntien hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Perusoikeussäännösten muuttamista koskevassa hallituksen esityksessä todetaan, että vaikka julkisen vallan käsitteeseen kuuluvat myös kunnat, ehdotuksella ei ole tarkoitettu muuttaa kunnallisen itsehallinnon lähtökohtia (HE 309/1993 vp, s. 26).

Kuntien itsehallintoa turvaa myös Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirja (SopS 65 ja 66/91). Peruskirjan 3 artiklan 1 kappaleen mukaan paikallinen itsehallinto tarkoittaa paikallisviranomaisen oikeutta ja kelpoisuutta säännellä ja hoitaa lain nojalla huomattavaa osaa julkisista asioista omalla vastuullaan ja paikallisen väestön etujen mukaisesti. Peruskirjan 9 artiklan 2 kappaleen mukaan paikallisviranomaisten taloudellisten voimavarojen tulee olla riittävät suhteessa niihin velvoitteisiin, jotka niille on annettu perustuslaissa tai muussa laissa. Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan määräykset ovat viranomaisia sitovia ja suoraan sovellettavaa oikeutta.

Hallituksen esityksen mukaan ehdotus lähtee siitä, että kunnille perusoikeusuudistuksesta mahdollisesti aiheutuvista uusista tehtävistä ja velvoitteista on säädettävä lailla. Tehtävistä säädetäessä on myös huolehdittava siitä, että kunnilla on tosiasialliset edellytykset suoriutua tehtävistään (HE 309/1993 vp, s. 26).

4.2.3

Kunnan tehtävät

Kuntalain (365/1995) 1 §:n mukaan kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävä kehitystä alueellaan. Kunnan päätösvaltaa käyttää asukkaiden valitsema valtuusto.

Kunnan tehtävistä säädetään kuntalain 2 §:ssä. Kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetyt tehtävät. Kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla. Kunta voi sopimuksen nojalla ottaa hoitaakseen muitakin kuin itsehallintoonsa kuuluvia julkisia tehtäviä. Kunta hoitaa sille laissa säädetyt tehtävät itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Tehtävien hoidon edellyttämiä palveluja kunta voi hankkia myös muilta palvelujen tuottajilta.

4.2.3

Kunnan talous

Kunnan talousarviosta ja -suunnitelmasta säädetään kuntalain 65 §:ssä. Valtuuston on vuoden loppuun mennessä hyväksyttävä kunnalle seuraavaksi kalenterivuodeksi talousarvio. Sen hyväksymisen yhteydessä valtuuston on hyväksyttävä myös taloussuunnitelma kolmeksi tai useammaksi vuodeksi (*suunnittelukausi*). Talousarviovuosi on suunnittelukauden ensimmäinen vuosi.

Talousarviossa ja -suunnitelmassa hyväksytään kunnan toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet. Talousarvio ja -suunnitelma on laadittava siten, että edellytykset kunnan tehtävien hoitamiseen turvataan. Talousarviossa ja -suunnitelmassa tai niiden hyväksymisen yhteydessä on päätettävä toimenpiteistä, joilla edellisen vuoden taseen osoittama alijäämä ja talousarvion laatimisvuonna kertyväksi arvioitu alijäämä suunnittelukaudella katetaan (*alijäämän kattamisvelvollisuus*).

Talousarvioon otetaan toiminnallisten tavoitteiden edellyttämät määrärahat ja tuloarviot sekä osoitetaan, miten rahoitustarve katetaan.

Kunnan toiminnassa ja taloudenhoidossa on noudatettava talousarviota. Siihen tehtävistä muutoksista päättää valtuusto.

4.3

Kuntien velvollisuus järjestää terveystalouksia

Perussäännökset kuntien velvollisuudesta järjestää terveystalouksia sisältyvät kansanterveyslakiin (66/1972) ja erikoissairaanhoidolakiin (1062/1989). Kuntien näiden lakien nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettua lakia (733/1992), jollei lailla toisin säädetä.

4.3.1

Perusterveydenhuollon järjestäminen

Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen (kansanterveyslain 1 §:n 1 momentti).

Kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä sen mukaan kuin kansanterveyslaissa tai muutoin säädetään tai määrätään. Kunnat voivat yhdessä huolehtia kansanterveystyöstä perustamalla tätä tarkoitusta varten kuntayhtymän. Kunta voi toisen kunnan kanssa sopia myös siitä, että tämä hoitaa osan kansanterveystyön toiminnoista (kansanterveyslain 5 §).

Kansanterveystyöhön kuuluvista tehtävistä, joista kunnan tulee huolehtia, säädetään lain 14 ja 14 a §:ssä. Kunnan tehtävänä on mm. järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus sekä järjestää kiireellinen avosairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen hammashoito ja potilaan asuinpaikasta riippumatta. Kunnalla tulee olla terveyskeskus lain 14 §:n 1 momentin 1-8 kohdassa tarkoitettuja toimintoja varten (kansanterveyslain 15 §).

Terveyskeskuksen sairaansijalle on ensisijaisesti otettava hoidettavaksi potilas, jota sairauden laatu sekä tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen tarve taikka toipilasaste huomioidaan ottaen voidaan siellä tarkoituksenmukaisesti hoitaa. Kiireellisen laitoksessa järjestettävän sairaanhoidon tarpeessa oleva henkilö on aina otettava terveyskeskuksen sairaansijalle.

hoidettavaksi tai mikäli siellä ei voida järjestää tarvittavaa tutkimusta tai hoitoa ohjattava tai toimitettava asianmukaiseen sairaanhoitolaitokseen (kansanterveyslain 16 §).

Terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää siitä, järjestetäänkö potilaan sairaanhoito avosairaanhoitona, kotisairaanhoito mukaan luettuna, vai ottamalla potilas terveyskeskuksen sairaansijalle hoidettavaksi. Niin ikään hän päättää potilaan siirrosta toiseen sairaanhoitolaitokseen (kansanterveyslain 17 §).

Kunnan kansanterveyslain nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettua lakia (733/1992), jollei laissa toisin säädetä (kansanterveyslain 19 §).

Kunnan tulee suunnitellessaan ja kehittäessään kansanterveystyötä olla yhteistyössä asianomaisen sairaanhoitopiirin kanssa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden (kansanterveyslain 27 §).

Yksikielisen kunnan tai kuntayhtymän terveyskeskuksen terveydenhuoltopalvelut järjestetään kunnan tai kuntayhtymän kielellä. Kaksikielisen kunnan taikka kaksikielisiä tai sekä suomen- että ruotsinkielisiä kuntia käsittävän kuntayhtymän terveyskeskuksen terveydenhuoltopalvelut järjestetään kunnan tai kuntayhtymän molemmilla kielillä siten, että potilas saa palvelut omalla kielellään. Kunnan tai kansanterveystyön kuntayhtymän tulee lisäksi huolehtia siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat terveydenhuoltopalveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Kunnan tai kansanterveystyön kuntayhtymän on tällöin, mikäli mahdollista, huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkitsemis- ja kääntämisyavun (kansanterveyslain 28 §).

4.3.2

Erikoissairaanhoidon järjestäminen

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan erikoissairaanhoitolaissa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (erikoissairaanhoitolain 1 §:n 2 momentti).

Kunnan, joka on kotikuntalain (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa 1 §:n 2 momentissa tarkoitetun tarpeellisen erikoissairaanhoidon erikoissairaanhoitolain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sama velvollisuus kunnalla on kiireellisessä tapauksessa sellaisen henkilön erikoissairaanhoitoon, jolla ei ole Suomessa kotipaikkaa (erikoissairaanhoitolain 3 §:n 1 ja 2 momentti). Kunnan erikoissairaanhoitolain nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettua lakia (733/1992 erikoissairaanhoitolain 4 §).

Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirin alue muodostuu sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvista kunnista (erikoissairaanhoitolain 7 §). Kunta voi sopia palvelujen ostamisesta sellaiselta sairaanhoitopiiriltä, johon se ei kuulu (erikoissairaanhoitolain 14 §:n 2 momentti).

Erikoissairaanhoitolaissa säädetään sairaanhoitopiirien ohella erityisvastuualueista, jotka ovat sairaanhoitopiirejä laajempia ja joista päättää valtioneuvosto. Erityisvastuualueittain järjestetään erityistason sairaanhoito. Osa erikoissairaanhoidosta voidaan määrätä erityistason hoidoksi sairauksien harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon asettamien erityisten vaatimusten perusteella. Kuhunkin erityisvastuualueeseen kuuluu sairaanhoito-

piiri, jonka alueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, on järjestettävä erityistason sairaanhoito vastualueellaan. Sen on myös huolehdittava vastualueen muiden sairaanhoidopiirien kuntayhtymien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta (erikoissairaanhoitolain 9 ja 11 §).

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tehtävistä säädetään erikoissairaanhoitolain 3 luvussa. Sen tehtävänä on järjestää erikoissairaanhoitolaissa säädetty erikoissairaanhoito alueellaan. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalilautakuntien kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Lisäksi sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia tehtäväalaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta (erikoissairaanhoitolain 10 §).

Sairaanhoidon järjestämisestä säädetään erikoissairaanhoitolain 7 luvussa.

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän sairaaloita ja muita toimintayksiköitä käytetään ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon. Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on kuitenkin aina annettava sairaanhoitoa (erikoissairaanhoitolain 30 §:n 1 ja 2 momentti). Henkilön ottaminen sairaalaan sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä, jollei asetuksella ole toisin säädetty. Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on kuitenkin heti annettava sairaanhoitoa (31 §).

Sairaalassa annettavaa sairaanhoitoa johtaa ja valvoo asianomainen ylilääkäri tai muu jotosäännössä määrätty sairaanhoidopiirin kuntayhtymän lääkäri (32 §). Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää johtavan lääkärin antamien yleisten ohjeiden mukaan ylilääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu sairaanhoidopiirin kuntayhtymän lääkäri (33 §:n 1 momentti).

Potilaalle on toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa pyrittävä varaamaan mahdollisuus valita häntä hoitava lääkäri asianomaisen toimintayksikön lääkäreistä. Myös potilaan jatkohoidossa hänet tulee ohjata aina, kun se on mahdollista, saman lääkärin hoitoon (33 §:n 2 momentti).

Erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia käsittävässä sairaanhoidopiirissä on turvattava potilaalle sairaanhoito hänen omalla äidinkielellään, suomen tai ruotsin kielellä. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee lisäksi huolehtia siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat terveydenhuoltopalveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Kuntayhtymän on tällöin mikäli mahdollista huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkitsemis- ja kääntämisavun (33 §:n 3 ja 4 momentti).

Sairaanhoito on annettava sellaisessa sairaalassa, jossa se voi tarkoituksenmukaisimmin tapahtua ottaen huomioon potilaan sairauden laatu sekä tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen tarve. Lisäksi on otettava huomioon sairaalan ja potilaan kodin välinen etäisyys sekä mahdollisuuksien mukaan potilaan oma taikka hänen omaistensa hoitopaikkaa koskeva toivomus. Erityistä huomiota on myös kiinnitettävä potilaan hoidon järjestämiseen hänen omalla äidinkielellään (35 §:n 1 momentti).

Jos potilas ei saa asuinpaikkansa perusteella määräytyvästä sairaalasta tai muusta toimintayksiköstä palvelua omalla äidinkielellään, hänellä on oikeus päästä hoitoon sellaiseen sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai toimintayksikköön, joka voi antaa hoitoa hänen äidinkielellään, suomeksi tai ruotsiksi. Sairaanhoitopiiriin ja potilaan kotikunnan tulee sopia, mitkä ovat niitä toimintayksiköitä, joita potilas voi käyttää äidinkielisten palveluiden saamiseksi (35 §:n 2 momentti).

4.4

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus

Vuoden 1993 alussa voimaan tullutta lakia sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992) sovelletaan niissä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä, joita koskevissa laeissa on niin säädetty. Tätä koskevia säännöksiä on kansanterveyslaissa (19 §) ja erikoissairaanhoitolaissa (4 §).

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 3 §:n mukaan kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Lain 4 §:n 1 momentin mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät:

- 1) hoitamalla toiminnan itse;
- 2) sopimuksin yhdessä muun kunnan taikka muiden kuntien kanssa;
- 3) olemalla jäsenenä toimintaa harjoittavassa kuntayhtymässä; tai
- 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta.

Lain 4 §:n 2 momentin mukaan myös toimintaa harjoittavaan kuntayhtymään sovelletaan, mitä 1 momentin 4 kohdassa säädetään kunnasta.

Hankittaessa palveluja yksityiseltä palvelujen tuottajalta kunnan tai kuntayhtymän on varmistuttava siitä, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta (4 §:n 3 momentti).

4.5

Potilaan asema ja oikeudet

Potilaan asemaan ja oikeuksiin terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä sovelletaan potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia (jälj. potilaslaki, 785/1992), jollei muussa laissa toisin säädetä.

Potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun säädetään lain 3 §:ssä. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyytään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

Potilaslain 4 §:ssä säädetään pääsystä hoitoon. Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivy-

tyksen syy ja arvioitu kesto.

Potilaalla on tiedonsaantioikeus. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan (potilaslain 5 §).

Potilaslain 6 §:n mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä (potilaslain 8 §).

4.6

Terveystenhuollon ammattihenkilöiden tehtävät

Terveystenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 15 §:n mukaan terveystenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveystenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveystenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat. Terveystenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Terveystenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.

Lain 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

5

ARVIOINTIA

Eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävänä on valvoa, että viranomaiset ja virkamiehet sekä muut julkisia tehtäviä hoitavat noudattavat lakia ja täyttävät velvollisuutensa. Tätä tehtävää hoitaessaan oikeusasiamies valvoo perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutumista. Koska potilaan oikeutta hoitoon voidaan arvioida ainoastaan hänen tarpeensa perusteella, ja koska tässä asiassa ei ole ollut tutkittavana yksittäisten potilaiden oikeus hoitoon, en siis voi esittää tässä päätöksessäni arvioita siitä, onko jokin kunta jonkin potilaan kohdalla menettänyt lainvastaisesti tai velvollisuuksiaan laiminlyöden. Esimerkiksi niihin tietoihin, joita potilasasiamiehet ja Suomen Potilasliitto ovat tuoneet esille potilaiden yhteydenottoista, en siis voi tässä yhteydessä ottaa kantaa.

Esitän kuitenkin edellä sanotun selvityksen ja oikeusohjeiden perusteella joitakin yleisiä arvioita HUS:n jäsenkuntien asukkaiden oikeuksien toteutumisesta. Kysymys on siis tässä arvioinnissa siitä, miten HUS:n kuntayhtymän ja sen jäsenkuntien menettely on turvannut perusoikeuksien, tässä tapauksessa riittävien terveystenhuollon palvelujen yhdenvertaista toteutumista. Oikeusasiamiehen laillisuusvalvontaan ei sen sijaan kuulu arvioida sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toiminnan tehokkuutta, taloudellisuutta eikä tarkoituksenmukaisuutta eikä myöskään terveystenhuollon rahoitusvastuuseen liittyviä kysymyksiä. Näitä seikkoja ei siis arvioida tässä päätöksessä.

Tarkastelen seuraavassa ensin yleisesti erikoissairaanhoidon järjestämisvelvollisuutta sekä oikeutta terveystalouteen. Sen jälkeen arvioin sitä, miten HUS:n jäsenkuntien asukkaiden oikeus erikoissairaanhoidon on toteutunut HUS:n kuntayhtymässä ja mikä merkitys kuntien talousarvioilla on ollut tässä yhteydessä.

5.1

Erikoissairaanhoidon järjestäminen

5.1.1

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asema ja tehtävät

5.1.1.1

Kunnan järjestämisvelvollisuus

Kuten edellä esitetyistä oikeusohjeista käy ilmi, henkilön kotikunnan on huolehdittava siitä, että henkilö saa erikoissairaanhoidon lain 1 §:n 2 momentissa tarkoitetun tarpeellisen erikoissairaanhoidon erikoissairaanhoidon mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään (erikoissairaanhoidon lain 3 §:n 1 momentti). Kunnan erikoissairaanhoidon nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettua lakia (733/1992), jollei lailla toisin säädetä (erikoissairaanhoidon lain 4 §). Erikoissairaanhoidon lain 14 §:n 2 momentin mukaan kunta voi sopia palvelujen ostamisesta myös sellaiselta sairaanhoitopiiriltä, johon se ei kuulu.

Erikoissairaanhoidon järjestämisvelvollisuuden toteuttaminen sairaanhoitopiiriin välityksellä ei ole kunnan käytettävissä oleva ainoa vaihtoehto. Erikoissairaanhoidon lain 3 §:n 1 momenttia ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n 1 momenttia on käsitykseni mukaan tulkittava siten, että viimeksi mainittu säännös laajentaa erikoissairaanhoidossakin niitä tapoja, joilla kunta voi toteuttaa järjestämisvelvollisuuttaan.

Asia on kuitenkin jossakin määrin tulkinnanvarainen. Erikoissairaanhoidon lain 3 §:n 1 momentissa edellytetään nimittäin, että "kunnan, joka on ...henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa 1 §:n 2 momentissa tarkoitetun erikoissairaanhoidon tämän lain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään".

Erikoissairaanhoidon mukainen järjestelmä on siis se, että kunnat toteuttavat erikoissairaanhoidon järjestämisvelvollisuutensa sairaanhoitopiirien välityksellä. Erikoissairaanhoidon laki näyttäisi siten mahdollistavan tulkinnan, jonka mukaan erikoissairaanhoidon järjestämisessä kuntien käytettävänä olisikin vain sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n 1 momentin 3 kohdassa tarkoitettu kuntayhtymävaihtoehto. Toisaalta kuitenkin hallituksen esityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamiseksi todetaan, että sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta lain piiriin tulevia toimintoja olisivat esimerkiksi kansanterveystyö ja erikoissairaanhoidon (HE 216/1991 vp, s. 20). Myös käytännössä kunnat ovat huolehtineet erikoissairaanhoidon järjestämisestä paitsi sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän välityksellä myös omissa toimintayksiköissään tai muualta hankkimillaan palveluilla. Näin on tapahtunut myös HUS:n kuntayhtymän jäsenkunnissa.

Kunnilla on siis velvollisuus järjestää asukkaidensa erikoissairaanhoidon. Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät terveystalouteen ja edistettävä väestön terveyttä. Koska terveystalouteen järjestäminen on säädetty kuntien tehtäväksi, ulottuvat perustuslain velvoitteet tältä osin kuntiin.

Kuntien on siten huolehdittava, että palvelut vastaavat määrältään ja laadultaan lakien edellyttämää tasoa ja että ne ovat myös käytännössä yhdenvertaisesti ihmisten saatavilla.

Myös kunnassa esiintyvän palvelutarpeen arviointi kuuluu ensisijaisesti kunnalle itselleen. Esimerkiksi HUS:n kuntayhtymässä selvitetään kuitenkin jäsenkuntien kanssa yhteistyössä niiden väestön sairastavuus ja sairaanhoitopalvelujen tarve. Kuten HUS:n jäsenkuntien antamista selvityksistä ilmenee, jäsenkunnat ovatkin luottaneet HUS:n tekemään ilmoitukseen asianomaisen jäsenkunnan palvelutarpeesta. Useat jäsenkunnat toteavat erikoissairaanhoidon varaamiensa määrärahojen pohjautuvan täysin HUS:n ilmoitukseen palvelujen tarpeesta.

Kunnan sosiaali- ja terveystalouden järjestelmä muodostaa kokonaisuuden, josta kunta päättää itsenäisesti sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain mukaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 3 §:n mukaan kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Hallituksen esityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta todetaan seuraavaa: "Koska valtionosuuden suorittamisen edellytyksenä olisi kuitenkin kunnan tehtäväksi säädetyn sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen, ehdotetaan lakiin otettavaksi säännös, jonka mukaan kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Voimavaroja ei laissa tarkemmin määriteltäisi, mutta lähtökohtana olisi edelleen, että kunta osoittaa voimavaroja nykyiseen tapaan erityislaeissa kunnan tehtäväksi säädettyjen palvelujen järjestämiseen. Näiden erityislaeissa säädettyjen veloitteiden toteuttaminen takaisi kaikille palvelujen käyttäjille tasavertaiset peruspalvelut asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta ja kielestä riippumatta." (HE 216/1991 vp s. 21).

Perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle on säädetty velvollisuus turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen sekä perustuslain 19 §:ssä velvollisuus turvata riittävät terveystaloudelliset lailla säädettyin tavoin. Perustuslain lakisääteisten terveystaloudellisten turvaamisvelvoite tulee ottaa huomioon kunnissa talousarviopäätöksiä tehtäessä ja lakeja sovellettaessa. Keskeistä luonnollisesti on, että palveluiden tarpeen arvioinnille on olemassa riittävän yksityiskohtaiset ja asianmukaiset perusteet.

Perustuslain 22 § merkitsee nähdäkseni myös velvollisuutta varmistua siitä, että ihmisten oikeudet riittäviin terveystaloudellisiin toteutuvat. Varmistuminen oikeuksien toteutumisesta edellyttää myös kuntien jatkuvaa seurantaa ja arviointia siitä, miten palvelut vastaavat arvioituun tarpeeseen.

5.1.1.2

Suhde potilaslakiin

Potilaslaki on yleislaki, jota sovelletaan potilaan asemaan ja oikeuksiin terveydenhuoltoa järjestettäessä, jollei muussa laissa toisin säädetä. Laki on muuta terveydenhuollon lainsäädäntöä täydentävä ja sen tarkoituksena on kehittää terveydenhuollon toimintojen laatua. Laki koskee potilaan oikeutta *hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon* ja tätä arvioitaessa tulee ottaa huomioon käytettävissä olevat voimavarat. Sen sijaan potilaslain 3 §:n säännös ei kytke terveyden- ja sairaanhoidon *järjestämisvelvollisuutta* kulloinkin käytettävissä oleviin voimavaroihin.

Potilaslaissa ei siis säädetä lainkaan kunnan velvollisuudesta terveystaloudellisten järjestämiseen, josta velvollisuudesta puolestaan säädetään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa. Viimeksi mainittujen lakien mukaan hoitoa on järjestettävä siten, että kaikille järjestettävän kiireellisen hoidon lisäksi kunnan asukkaille tulee järjestää kunkin henkilön tarpeen mukainen erikoissairaanhoido.

5.1.1.3

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävät

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävänä on järjestää erikoissairaanhoitolaissa säädetty erikoissairaanhoito alueellaan (erikoissairaanhoitolain 10 §:n 1 momentti).

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia alueellaan erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden (erikoissairaanhoitolain 10 §:n 2 momentti).

Tämän hoidon porrastuksen toteuttamiseksi tarpeellisen yleisen yhteistyövelvoitteen lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävänä on antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia laboratorio- ja röntgenpalveluja ja muita erikoissairaanhoitopalveluja, kuten lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja silloin, kun niiden tuottaminen terveyskeskusten toimesta ei ole tarkoituksenmukaista. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee myös vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta (erikoissairaanhoitolain 10 §:n 3 momentti).

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö on erikoissairaanhoitossa välttämätöntä erityisesti mielenterveystyön ja lääkinnällisen kuntoutuksen kehittämisessä. Tämän vuoksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalilautakuntien kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää (erikoissairaanhoitolain 10 §:n 2 momentti). Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia tehtävälänsä kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta (erikoissairaanhoitolain 10 §:n 4 momentti).

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, tulee järjestää erityistason sairaanhoito vastuualueellaan sekä huolehtia samaan sairaanhoidon vastuualueeseen kuuluvien muiden sairaanhoitopiirien kuntayhtymien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoitolaissa säädettyä, sairaanhoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksessa ja sairaanhoitoon kuuluvan tutkimus- ja kehittämistoiminnan järjestämisessä (erikoissairaanhoitolain 11 §).

5.1.1.4

Suunnittelu- ja valtiosuusjärjestelmä

Erikoissairaanhoitolaki on säädetty ennen vuoden 1993 alussa voimaan tullutta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annettua lakia. Aiemman sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtiosuuslain (677/1982) mukaan myös kuntainliitot kuten sairaanhoitopiirien kuntainliitot, sittemmin kuntayhtymät, tekivät laissa edellytetyn toteuttamissuunnitelman. Kuntainliitoilla oli niin ikään jäsenkuntien ohella oikeus saada kustannusperusteisesti valtiosuutta lääninhallituksen vahvistaman toteuttamissuunnitelman mukaisesti toteutuneeseen terveydenhuoltoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annettu laki vuodelta 1993 vähensi merkittävästi kuntiin kohdistuvaa valtiollista ohjausta. Valtiosuuden määräytymisperusteiden muuttamisella pyrittiin lisäämään kuntien itsenäisyyttä sekä nostamaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tehokkuutta ja taloudellisuutta. Taloudellisuuspyrkimyksellä perusteltiin myös muutosta, jonka mukaan valtiosuudet maksetaan kokonaisuudessaan kunnille. Uudistuksen katsottiin antavan kunnille yllykkeen tarkastella koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapaa ja taloudellisuutta sekä kiinnittää talousarviota laatiessaan riittävää huomiota kuntayhtymämenoihin (HE sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtiosuutta koskevan

lainsäädännön uudistamisesta 216/1991 vp, s.19).

Suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmää uudistettaessa ei kajottu erikoissairaanhoidon organisaatorisiin eikä kuntayhtymien ja jäsenkuntien välisiä suhteita koskeviin säännöksiin. Uusi järjestelmä merkitsi kuntien ja kuntayhtymien välisille suhteille kuitenkin mm. sitä muutosta, että kustannusperusteisesta valtionosuudesta siirryttiin laskennallisina kriteerein ennakolta määrättävään valtionosuuteen ja että valtionosuutta saavat ainoastaan kunnat; kuntayhtymille valtionosuudet voivat ohjautua enää vain välillisesti, jäsenkuntien rahoitusosuuksien kautta. Valtionosuusjärjestelmän uudistus lisäsi myös kuntien kiinnostusta niihin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n 1 momentissa tarkoitettuihin vaihtoehtoisin tapoihin, joilla se voi järjestää terveydenhuollon alaan kuuluvia tehtäviään, esim. erikoissairaanhoidon järjestämisvelvollisuuttaan.

Suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä lähtee siis siitä, että kunta voi huolehtia erikoissairaanhoidon järjestämisvastuustaan myös muutoin kuin sairaanhoitopiirin kuntayhtymän välityksellä. Erikoissairaanhoidon laki puolestaan lähtee siitä, että erikoissairaanhoidon annetaan sairaanhoitopiirin toimesta. Käytännössä sairaanhoitopiirit antavatkin suurimman osan jäsenkuntien asukkaiden tarvitsemasta erikoissairaanhoidosta.

5.1.2

Kuntakohtaiset erot erikoissairaanhoidon järjestämisessä

5.1.2.1

Yhdenvertaisuusperiaate

Kunnallisten terveystalvelujen järjestämistä koskeva lainsäädäntö on ns. puitelainsäädäntöä, jossa kuntien velvollisuuksista ei yleensä säädetä täsmällisesti. Tosin erikoissairaanhoidon laki kytkee kotikunnan järjestämisvelvollisuuden yksittäisen potilaan hoidon tarpeeseen, ei yleiseen kunnassa esiintyvään tarpeeseen. Puitelainsäädäntö on käytännössä johtanut siihen, että palvelujen järjestämistavoissa ja sisällöissä on suuriakin eroja kuntien välillä. Kunnan järjestämisvastuulle kuuluvissa tehtävissä on nähdäkseen kysymys terveydenhuollon perusturvaan kuuluvista palveluista, joiden saatavuus julkisen terveydenhuollon on turvattava. Luonnollisesti kunta voi, niin halutessaan, järjestää palveluita myös yli tämän velvoitteen.

Lainsäädäntö siis jättää kunnille mahdollisuuden harkintaan palvelujen järjestämisessä. Tätä harkintaa on kuitenkin perustuslain yhdenvertaisuussäännöksestä (6 §) johtuen käytettävä niin, että kunnan asukkaat saavat ainakin terveydenhuollon perusturvaan kuuluvia palveluja yhtenäisten perusteiden mukaan. Näiden perusteiden tulee olla hyväksyttävissä, ennalta tiedossa ja kohdistua kaikkiin samalla tavoin. Kuntien tulee päätöksenteossaan ottaa huomioon perustuslain yhdenvertaisuussäännös kuten muutkin perusoikeussäännökset. Vaikka kunnilla on kansanterveystalvelun ja erikoissairaanhoidon soveltamisessa ja toteuttamisessa harkintavaltaa, lainsäädännön hyväksymää erilaisuutta kuntien palveluvalikoimassa ja palveluiden järjestämistavoissa rajoittavat perustuslain yhdenvertaisuusvaatimukset.

Suomen allekirjoittamassa Euroopan neuvoston ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskevassa yleissopimuksessa, jonka ratifioimista edelleen valmistellaan, edellytetään asianmukaisia toimia tasavertaisten terveystalvelujen saatavuuden turvaamiseksi.

5.1.2.2

Kuntakohtaiset erot

Kunta on siis erikoissairaanhoidon mukaan velvollinen järjestämään asukkaidensa tarpeellisen erikoissairaanhoidon ja se on sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuu-

desta annetun lain mukaan oikeutettu hankkimaan myös erikoissairaanhoidon palveluja muiltakin palvelujen tuottajilta kuin sairaanhoitopiiriltä. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on käsitykseni mukaan toimia kuntaan nähden yhtenä erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajana.

Edellä esitetystä seuraa, että kunnilla on harkintavaltaa palveluiden järjestämisessä. Kuntakohtaisia eroja ei voidakaan käsitykseni mukaan pitää nykyisen lainsäädäntömme perusteella lainvastaisina sillä edellytyksellä, että ainakin terveydenhuollon perusturvaan kuuluvat palvelut turvataan kaikille kohtuullisessa ajassa ja niin, että suuria eroavuuksia hoitoon pääsyssä ei tämän vuoksi synny. Selvänä kuitenkin pidän, että sellainen järjestelmä, jossa ei olisi kuntakohtaisia tai muita alueellisia eroja palvelujen saannissa, olisi omiaan turvaamaan perusoikeuksia - yhdenvertaisesti turvattuja riittäviä terveyspalveluja - paremmin kuin sellainen järjestelmä, jossa tällaisia eroja on.

Myös valtakunnallisissa terveydenhuoltoprojekteissa pyritään siihen, että erikoissairaanhoidon pääsy voitaisiin turvata kaikille yhdenvertaisesti kotikunnasta riippumatta. Valtioneuvoston periaatepäätöksen "Terveys 2015 - kansanterveysohjelma" mukaan terveydenhuoltoa kehitetään kaikille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut turvaavalla tavalla siten, että alueellinen tai sosioekonominen asema ei rajoita tarvittavien palvelujen käyttöä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000-2003 tavoitteen 7 mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden kuntakohtaisia eroja ja alueellisia eroja pienennetään ohjelmakaudella.

5.1.3

Johtopäätös

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain mukaan kunta voi siis käsitykseni mukaan huolehtia erikoissairaanhoidon järjestämisestä asukkailleen myös muilla tavoin kuin sairaanhoitopiirin välityksellä. Toisaalta erikoissairaanhoidolaki lähtee siitä, että sairaanhoitopiirin jäsenkuntien asukkaiden erikoissairaanhoidon annetaan sairaanhoitopiirin toimesta. Tämä lainsäädännöllinen tilanne on johtanut epätietoisuuteen kunnan ja sairaanhoitopiirin suhteista, vastuista ja velvoitteista erikoissairaanhoidon järjestämisessä.

Erikoissairaanhoidolain säännöksiä kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asemasta ja tehtävistä tulisikin käsitykseni mukaan muuttaa niin, että niissä otettaisiin huomioon suunnittelu- ja valtiosuusjärjestelmän uudistamisesta aiheutuneet muutokset kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän välisille suhteille. Tärkeätä olisi, että sairaanhoitopiirien kuntayhtymän ja sen jäsenkuntien suhteista ja niiden vastuusta potilaiden hoitamisessa olisi säädetty nykyistä selkeämmin ja yksityiskohtaisemmin.

Erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevat edellä sanotut lainsäädännölliset puutteet ovat nähdäkseni omiaan vaikeuttamaan perusoikeuksien - yhdenvertaisesti turvattujen riittävien terveyspalvelujen - toteutumista. Lainsäädännön selkeyttäminen tässä suhteessa toteuttaisi käsitykseni mukaan perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle säädettyä perusoikeuksien turvaamisvelvoitetta.

5.2

Oikeus terveyspalveluihin

5.2.1

Pääsy hoitoon

5.2.1.2

Lähtökohtana yksilöllinen hoidon tarve

Kunnan asukkaalle on siis erikoissairaanhoidon mukaisesti järjestettävä hänen tarvitsemansa erikoissairaanhoido.

Potilaan hoidon tarve tulee arvioida hänen yksilöllisen tarpeensa mukaisesti sekä kiireellisissä että ei-kiireellisissä tapauksissa. Tarveperiaate käy ilmi lainsäädännöstä: Erikoissairaanhoidon mukaan potilaan tulee saada tarpeellinen erikoissairaanhoido (erikoissairaanhoidon lain 3 §), potilaslain mukaan potilaalla on oikeus ilman syrjintää hänen *terveydentilansa edellyttämään* terveyden- ja sairaanhoidon (potilaslain 3 §). Potilaan terveydentilan edellyttämien hoidon tarpeen arvioinnin on perustuttava lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin. Näkemys yksilöllisestä hoidon tarpeen arvioinnista terveystalouden saannin lähtökohtana ilmenee myös korkeimman hallinto-oikeuden viimeaikaisesta ratkaisukäytännöstä (esim. KHO:2001:50 ja 2002:21). Myös Suomen Kuntaliitto viittaa lausunnossaan tähän oikeuskäytäntöön ja toteaa, että oikeuskäytäntö on osoittanut palvelujen saannin peruseriaatteeksi yksilöllisen hoidon tarpeen arvioinnin välttämättömyyden kuntien palvelusuunnitelmissa. Kuntien on Kuntaliiton mukaan otettava tämä huomioon valmistellessaan palvelusuunnitelmiaan ja talousarvioitaan sekä päättäessään niistä.

Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain mukaan lääkäri tekee potilaan hoitoa koskevat päätökset (kansanterveyslain 17 § ja erikoissairaanhoidon lain 31-33 §). Terveystalouden ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Lääkärin, kuten muunkin terveystalouden ammattihenkilön, on ammattitoiminnassaan noudatettava terveystalouden ammattihenkilöistä annetussa laissa säädettyjä ammattieettisiä velvollisuuksia. Ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveystalouden ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveystalouden ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituvat hyödyt ja sen mahdolliset haitat. Terveystalouden ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään (terveystalouden ammattihenkilöistä annetun lain 15 §).

Potilaslain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidoista tai hoitotoimenpiteistä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla (potilaslain 6 §:n 1 momentti). Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoidon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata eikä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan (potilaslain 3 §:n 2 momentti). Potilaan omat toivomukset ja olosuhteet tulee mahdollisuuksien mukaan ottaa huomioon hoidon järjestämisessä (erikoissairaanhoidon lain 33 ja 35 §, potilaslain 3 §:n 3 momentti). Lisäksi on otettava huomioon potilaan kielelliset oikeudet sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (kansanterveyslain 28 § ja erikoissairaanhoidon lain 33 §:n 3 ja 4 momentti ja 35 §:n 2 momentti, potilaslain 3 §:n 3 momentti).

Sekä kansanterveyslaissa että erikoissairaanhoidon laissa korostetaan toimivan työnjaon merkitystä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus.

Potilaan ottaminen erikoissairaanhoidon edellyttää pääsääntöisesti lähetettä (erikoissairaanhoidon lain 31 §). Järjestelyn tarkoitus on sairaanhoidon porrastaminen tarkoituksenmukaisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Kansanterveyslain 16 § ja erikoissairaanhoidon lain 35 § merkitsevät sitä, että potilasta tulee kulloinkin hoitaa hänen sairautensa laatu sekä hänen tutkimuksensa, hoitonsa ja lääkinnällisen kuntoutuksensa tarve huomioon ottaen tar-

koituksenmukaisimmissa hoitopaikassa.

Hoidon porrastuksen mukaan potilaita on siis hoidettava oikeassa hoitopaikassa oikeaan aikaan. Jos perusterveydenhuolto ei ole hyvin toimiva, potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoidon. Potilaan kotikunnan tulee huolehtia siitä, että potilas voidaan, niin pian kuin hänen terveydentilansa sen sallii, siirtää erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon kotikunnan osoittamaan hoitopaikkaan.

5.2.1.2

Jonoon asettaminen

Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on potilaslain mukaan terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja arvioitu kesto (potilaslain 4 §:n 1 momentti). Jos henkilön terveydentila vaatii muuta hoitoa kuin mitä asianomainen terveydenhuollon toimintayksikkö voi antaa, esimerkiksi erityistason sairaanhoitoa, hänet ohjataan tai toimitetaan muualle asianmukaisesti hoidettavaksi. Näin menetellään myös, jos potilas ei ole asianomaista terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymän jäsenkunnan asukas.

Potilaita jonoon asetettaessa on otettava huomioon perustuslain 6 §:ssä ja potilaslain 3 §:n 1 momentissa säädetty syrjinnän kielto ja velvollisuus yksilöllisesti selvittää potilaan terveydentila ja hänen siitä johtuva terveystarpeensa. Syrjinnän kielto hoitoratkaisuissa on keskeisen tärkeä perusoikeuksien toteutumiseen liittyvä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuskysymys. Mikään muu priorisointi ei ole käsitykseni mukaan yksittäisissä hoitoratkaisuissa perusoikeusajattelumme eikä arvojemme mukaista kuin sairauten, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva.

Erikoissairaanhoidon saatavuutta maan eri osissa koskevan selvityksen mukaan valtaosa potilaista pääsee Suomessa erikoislääkärin konsultaatioon kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut erikoissairaanhoidon. Kuukautta pidempiä jonotusaikoja on kaihileikkausarvioon ja ortopedisten hoitojen, erityisesti tekonivelleikkausten tarpeen arvioon. Pisimmät jonotusajat vuodeosastohoitoon ovat samoilla aloilla ja pääsääntöisesti samoissa sairaanhoitopiireissä ja sairaaloissa kuin hoidon arvioonkin. Jonotusajat ortopedisiin ja kaihileikkauksiin ovat pisimmillään 2 - 3 vuotta. Pitkiä jonotusaikoja on myös kuulolaitteen tarpeen arviointiin ja laitteen sovitukseen. Aluesairaaloiden ja pienten keskussairaaloiden jonotusajat ovat yleensä suurten sairaaloiden jonotusaikoja lyhyemmät niissä sairausryhmissä, missä jonotusajat ovat pisimmät (Terveydenhuolto 2000-luvulle, Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999, STM Työryhmämuistioita 2000:21).

5.2.1.3

Kiireellisen hoidon käsite

Henkilön ollessa kiireellisen hoidon tarpeessa, kuntien ylläpitämän terveydenhuoltojärjestelmän on aina annettava hoitoa henkilön kotikunnasta riippumatta. Myös kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat velvollisia antamaan apua kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle (kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 10 kohta ja 16 §, erikoissairaanhoidonlain 30 §:n 2 momentti ja 31 §, terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 15 §:n 3 momentti). Kiireellisen hoidon tilanteissa ei siis ensin selvitetä, mikä kunta on viime kädessä velvollinen hoidon kustantamaan vaan hoitoa annetaan hoidon tarpeen mukaisesti.

Kiireellisen hoidon erityisasema johtuu hoidon tarpeen välittömyydestä. Kiireellisen hoidon tar-

peessa olevaa potilasta ei voida siirtää kotikunnan mukaan määräytyvään terveydenhuollon toimintayksikköön eikä häntä voida asettaa jonoon odottamaan hoitoon pääsyä. Tällainen potilas ei myöskään tarvitse lähetettä erikoissairaanhoidon. Pidän tärkeänä niin ikään sitä, että potilas voi luottaa saavansa viivytyksettä tarvitsemansa elintärkeän hoidon. Kaksi kolmasosaa vuodeosastohoitoon tulevista potilaista tulee sairaaloihin joko päivystyspoliikkinoilta tai muuten kiireelliseen hoitoon (Terveydenhuolto 2000-luvulle, Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999, STM Työryhmämuistioita 2000:21).

5.2.2

Hoitoon pääsyn ohjaamiskeinoja

Lainsäädännössä ei ole asetettu määräaikoja hoitoon pääsulle lukuun ottamatta mielenterveysasetuksen (1247/1990) 6 a §:n (1282/2001) säännöstä hoitolähetteen arvioinnin ja hoidon järjestämisen enimmäisajoista lasten- ja nuorisopsykiatriassa.

5.2.2.1

Tavoiteohjelmat ja hoitosuositukset

Hoitoon pääsyä on sen sijaan pyritty parantamaan eri tavoiteohjelmissa. Sosiaali- ja terveystieteiden ja Suomen Kuntaliiton toteuttaman terveydenhuollon kehittämissuunnitelman tuloksena syntyi tavoiteohjelma Terveydenhuolto 2000-luvulle. Projektin tavoitteisiin sisältyy potilaiden hoitoon pääsyn parantaminen. Samanlainen tavoite sisältyy sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan 2000-2003. Ohjelman tavoitteen 7 mukaan asiakkaat saavat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ilman kohtuutonta viivettä. Tavoitetta tukevan toimenpidesuosituksen kohdan 30 mukaan kunnat varmistavat sellaiset voimavarat ja toiminnan järjestelyt, että ajanvarauksella pääsee perusterveydenhuollossa ei-kiireelliseen hoitoon 3 vuorokauden kuluessa. Erikoissairaanhoidossa tulisi varmistaa ei-kiireellisen hoidon tarpeen arviointi 14 vuorokauden kuluessa lähetteen saapumisesta.

Ohjelman mukaan sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen saatavuuden turvaaminen ja palveluiden nykyistä tehokkaampi järjestäminen edellyttävät myös muun muassa laadunhallinnan menetelmien kehittämistä. Ohjelman tavoitteen 10 mukaan kuntien on varmistettava tuottamiensa ja ostamiensa palvelujen laatu ottamalla käyttöön laadunhallinnan menetelmät. Valtakunnalliset hoitosuositukset kattavat keskeiset terveysongelmat vuoteen 2004 mennessä. Niiden perusteella laaditaan alueellisia hoito-ohjelmia.

Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden parantamiseksi on esitetty, että valtakunnallisten ja alueellisten hoito-ohjelmien kehittämistä jatketaan ja tehostetaan ja niiden soveltamista käytännön toimintaan evaluoidaan määräajoin tavoitteena hoitoindikaatioiden erojen vähentäminen ja erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden alueellisten erojen kaventaminen (Terveydenhuolto 2000-luvulle, Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999, STM Työryhmämuistioita 2000:21).

5.2.2.2

Valtioneuvoston periaatepäätös

Valtioneuvoston terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 11.4.2002 tekemän periaatepäätöksen mukaan hoitoon pääsyn perusteissa olevien erojen vähentämiseksi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö valmistelee yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa vuoden 2003 loppuun mennessä valtakunnalliset kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamisohjeet. Valmistelu perustuu seuraaviin lähtökohtiin:

- Pääsy perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin, ensiarvioon turvataan kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta.

- Pääsy erikoissairaanhoidon polikliniseen hoidon arvioon järjestetään kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta.
- Pääsy lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon turvataan kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuen määritellyssä kohtuullisessa ajassa, tavallisesti enintään kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa.
- Mikäli hoitoa ei määräajassa voida antaa asuinkunnan tai kuntayhtymän tuottamana, niiden on hankittava se muilta palvelujen tuottajilta asiakasmaksun muuttumatta.

5.2.3

Johtopäätös

Erikoissairaanhoidon palveluiden järjestämisestä vastuussa olevilla kunnilla on voimassa olevan lainsäädännön mukaan oikeus ja mahdollisuus omiin ratkaisuihin ja painotuksiin. Tämä merkitsee toisaalta joustavuutta palvelujen järjestämisessä; toisaalta se mahdollistaa myös sen, että joihinkin lainsäädännön edellyttämiin palveluihin ei kaikkialla osoiteta voimavaroja. Eriarvoisuus terveydenhuollon peruspalvelujen saatavuudessa ja laadussa onkin selvitysten mukaan kasvanut.

Osittain tästä syystä on viime vuosina pyritty aikaisempaa yksityiskohtaisemmin määrittelemään, mitä hoitoa ja missä ajassa lainsäädäntö edellyttää järjestettävän. Tähän on pyritty tavoiteohjelmin, hoitosuosituksin ja hoidon saatavuutta yksityiskohtaisesti määrittävin asetuksen velvoittein. Tavoiteohjelmat ja hoitosuositukset eivät kuitenkaan ole lainsäädäntöön verrattavissa, vaikkakin niillä voi olla merkitystä järjestämisvelvollisuutta ja ihmisten oikeuksien toteutumista oikeudellisesti arvioitaessa.

Pyrkimys säädellä hoitoon pääsyä lailla näkyy valtioneuvoston edellä mainitussa periaatepäätöksessä, jonka mukaan lakiin sisällytetään vuoteen 2005 mennessä periaate hoitoon pääsystä kohtuujassa. Periaatepäätöksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa kiireettömään hoitoon pääsyä tarkemmin asetuksilla ja ohjeilla, jotka tulevat voimaan 1.1.2005.

Käsitykseni on, että nykyistä täsmällisempi määrittely laissa siitä, missä laajuudessa ja minkä tasoissa terveydenhuollon peruspalvelut tulee toteuttaa kaikille yhdenvertaisesti kaikkialla maassa, on omiaan turvaamaan nykyistä paremmin ihmisten oikeuksia yhdenvertaisiin ja riittäviin terveystalouteen. Erityisesti tämä koskee ei-kiireellistä erikoissairaanhoidon hoitoa. Lainsäädännön täsmentäminen tässä suhteessa toteuttaa käsitykseni mukaan perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle säädettyä perusoikeuksien turvaamisvelvoitetta.

5.3

Erikoissairaanhoidon toteuttaminen HUS:n kuntayhtymässä

Kansanedustaja Eero Akaan-Penttilä arvosteli siis kantelussaan nimenomaan HUS:n jäsenkuntia jatkuvasta alibudjetoinnista ja kiinnitti huomiota niiden sairaanhoitopiiriltä tilaamien palvelujen vähäisyyteen sekä hoitoon pääsyn ongelmiin. Tarkastelen tässä jaksossa näitä kysymyksiä.

5.3.1

Terveyssuunnittelu, palvelusopimukset ja budjetin mitoitus

5.3.1.1

Terveyssuunnittelu ja palvelusopimukset

Kuntalain 78 §:n mukaan jäsenkuntien osuudesta kuntayhtymän varoihin ja vastuusta sen veloista sekä muista kuntayhtymän taloutta koskevista asioista määrätään kuntayhtymän perussopimuksessa. HUS:n kuntayhtymän perussopimuksen mukaan sairaanhoitopiirin tehtävänä

on tuottaa sen jäsenkuntien järjestämisvastuuseen kuuluvia erikoissairaanhoidon palveluja ja huolehtia yliopistolliselle sairaanhoitopiirille säädetyistä muista tehtävistä. Lakisääteisten tehtäviensä lisäksi sairaanhoitopiiri voi tuottaa terveydenhuollon palveluja myös muille kuin kunnille ja kuntayhtymille (perussopimuksen 3 §). Kuntayhtymän perussopimuksen 15 §:n mukaan kuntayhtymän tulot muodostuvat jäsenkuntien palvelumaksuista ja kuntayhtymän muista tuloista. Kuntien palvelumaksut määräytyvät kuntien käyttämien palvelujen mukaan.

HUS:n kuntayhtymän hallintosäännön 4 §:n mukaan terveystuunnittelussa selvitetään yhteistyössä jäsenkuntien kanssa niiden väestön sairastavuus ja sairaanhoitopalvelujen tarve sekä kulloinkin käytettävissä olevat voimavarat. Terveystuunnittelun avulla *kuntayhtymä ja sen jäsenkunnat sopivat siitä, mitä erikoissairaanhoidon palveluja ja kuinka paljon sekä millä rah summalla kuntayhtymä niitä tuottaa jäsenkunnilleen.*

Saatujen selvitysten mukaan terveystuunnittelu HUS:ssä perustuu laajaan tietoaaineistoon väestön määrän ja rakenteen kehityksestä, hoidon tarpeesta sekä palvelujen käytöstä ja kustannuksista. Useissa jäsenkunnissa on kyseisen tietoaaineiston pohjalta tehty kuntaprofiili, jonka tarkoituksena on saada aikaan asiallinen ja realistinen talousarvio.

Terveystuunnittelun tuloksena kuntayhtymä ja kukin jäsenkunta laativat talousarviovuotta koskevan palvelusopimuksen. Se, miten palvelusopimus käytännössä toteutuu, on riippuvainen kummankin sopimusosapuolen menettelystä.

Kuntayhtymän talousarvion ja palvelusopimusten toteutumista seurataan kuukausittain. Kuntayhtymässä annetun ohjeen mukaan mahdollisiin poikkeamiin tulee puuttua välittömästi (ohjekirje nro 9/2002, 30.1.2002). Seurannasta on sovittu myös palvelusopimuksissa. Palvelusopimusten ja kuntayhtymän talousarvion toteutumisesta laaditaan myös kuukausittain ennusteet.

Kuntayhtymän tietojärjestelmään laaditut raportit ovat kuntayhtymän johdon ja jäsenkuntien terveydenhuollosta vastaavien henkilöiden käytössä. Tietojärjestelmän tietosisältö perustuu erilaisten kokonaisuuksien seurantaan ja ennustamiseen. Palveluseuranta kuvaa HUS:n toimintayksiköiden tuottamia palveluja. Talousseuranta kattaa HUS:n tulojen ja kulujen seurannan kuukausitasolla ja ennusteen loppuvuodelle talouden kehittymisestä. Jonoseuranta kuvaa HUS:n kannalta palvelujen kysyntää (jonossa olevat potilaat hoidoittain ja kunnittain) ja palvelukykyä (jonosta hoidetut potilaat hoidoittain ja kunnittain odotusajoittain). Läheteseuranta kuvaa myös palvelujen kysyntää ja mittarina ovat toimintayksiköihin tulleet lähetteet kunnittain ja yksiköittäin.

Kuntayhtymän toiminnan ja talouden koordinoitua varten kuntayhtymän johtoryhmä käsittelee säännöllisesti vähintään kuukausittain kuntayhtymän talousarvion toteutumista ja mahdollisia merkittäviä poikkeamia. Johtoryhmässä myös sovitaan, jos esim. ennusteen mukaisen talousarvion ylitysuhan vuoksi on tarpeen neuvotella jonkin jäsenkunnan kanssa palvelusopimuksen toteutumisesta ja mahdollisesti tarvittavista muutoksista.

Talousarvion ja palvelusopimusten toteuma- ja ennustetiedot käydään säännöllisesti läpi terveystuunnittelutoimikuntien kokouksissa. Terveystuunnittelutoimikunnissa on edustajia HUS:n kuntayhtymän yhtymähallinnosta ja tulosalueilta sekä jäsenkuntien johdosta. Ylitystilanteessa palvelusopimusten muutokset valmistellaan terveystuunnittelutoimikunnissa samoin kuin alkuperäisetkin suunnitelmat ja muutoksista neuvotellaan asianomaisen jäsenkunnan johdon kanssa. HUS:n kuntayhtymän valtuusto hyväksyy muutoksen talousarvion sitoviin tavoitteisiin, toimintatuottoihin ja toimintakuluihin.

Jäsenkuntien antamista selvityksistä ilmenee, että ne varaavat omiin talousarvioihinsa palvelusopimuksissa arvioidun määrärahan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymältä ostettavaa erikois-

sairaanhoidon varten. Jäsenkunnat pitävät HUS:n kuntayhtymässä noudatettavaa terveystaloussuunnittelumenettelyä pääosin hyvänä välineenä talousarvioita ja palvelusopimuksia laadittaessa. Jäsenkunnat ilmoittavat myös seuraavansa palvelusopimusten toteutumista omalta osaltaan.

Käsitykseni mukaan HUS:n kuntayhtymän talousarvion ja palvelusopimusten edellä kuvattu seuranta- ja raportointimenettely mahdollistaa talousarvion ja palvelusopimusten toteutumisen seurannan sekä kuntayhtymässä että jäsenkunnissa. Se mahdollistaa myös välittömän puuttamisen talousarvion ja palvelusopimusten ylityksiin. Etelä-Suomen lääninhallitus on arvioinut HUS:n käytännössä toteutunutta seuranta- ja raportointimenettelyä 23.9.2002 antamassaan päätöksessä (STU 868A).

5.3.1.2

Taloussuunnittelun rajoitus

Jäsenkunnat eivät selvityksissään katso alibudjetoineensa terveydenhuollon menoja, vaikka niiden taloussuunnitelmat ovat pääosin osoittautuneet käytännössä alimitoitetuiksi. Pienet jäsenkunnat viittaavat väestön sairastavuudessa tapahtuviin, ennalta arvaamattomiin satunnaisvaihteluihin, jotka johtavat helposti taloussuunnitelmien ylittymiseen. Yksittäisten kalliiden hoitojen kustannukset vaikuttavat merkittävästi kokonaistilanteeseen ja näitä kustannuksia on mahdotonta ennakoita.

Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän ja sen jäsenkuntien taloussuunnitelmat/palvelusopimukset voivatkin ylittyä monesta syystä, mm. sen vuoksi, että palvelujen käyttö on ollut edellä mainittujen seikkojen tai muiden syiden vuoksi arvioitua suurempaa, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjako ei ole toteutunut suunnitellulla tavalla tai että palvelusopimukseen ei ole sisällytetty kaikkia menoeriä.

Selvitysten perusteella on tosiasia, että HUS:n kuntayhtymän jäsenkuntien erikoissairaanhoidon taloussuunnitelmat ovat osoittautuneet käytännössä alimitoitetuiksi toteutuneisiin palveluihin nähden. Palvelusopimusten toteutuminen jäsenkunnittain tuhansina euroina ja prosentteina vuosina 2000-2002 ilmenee päätöksen lopussa olevasta taulukosta (ainoastaan Pdf-muodossa).

Palvelusopimusten toteutumista koskevista tiedoista voidaan nähdä, että palvelusopimukseen varatut määrärahat ovat lähes säännönmukaisesti ylittyneet eräitä yksittäisiä kuntia lukuun ottamatta (vuonna 2000 tällaisia kuntia oli 8/32 ja vuonna 2001 niitä oli 4/32). Ylitykset eivät ole olleet yleisesti prosentuaalisesti suuria. Eräiden yksittäisten kuntien kohdalla ylitykset ovat kuitenkin olleet erittäin merkittäviä. Kokonaisuutena jäsenkuntien palvelusuunnitelmien toteutumisprosentti on ollut vuonna 2000 yhteensä 101,1 prosenttia; vuonna 2001 se oli 105,5 prosenttia ja tulevina vuosina toteutuman on ennustettu olevan 104,1 prosenttia.

Taloussuunnitelma on laadittava siten, että edellytykset kunnan tehtävien hoitamiseen turvataan (kuntalain 65 §:n 2 momentti). Taloussuunnitelmaan otetaan toiminnallisten tavoitteiden edellyttämät määrärahat ja tuloarviot sekä osoitetaan, miten rahoitustarve katetaan (kuntalain 65 §:n 3 momentti). Taloussuunnittelun täydellisyysperiaatteen mukaan taloussuunnitelmaan on otettava kunnan tai kuntayhtymän rahan käyttö ja rahan lähteet kokonaisuudessaan. Tiedossa olevia menoja tai tuloja ei voi jättää taloussuunnitelmasta pois (Suomen Kuntaliiton suositus: Kunnan ja kuntayhtymän taloussuunnitelma). Kunnan on varattava erikoissairaanhoidon taloussuunnitelmansa määrärahoja paitsi kiireellistä erikoissairaanhoidon tarpeita myös muuta tarpeellista erikoissairaanhoidon varten.

Oleellisen tärkeä kysymys taloussuunnittelun oikealle rajoitukselle on, miten kunnan asukkaiden tutkimisen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen tarpeet ja palvelujen määrät arvioidaan ja mitoitetaan realistisesti taloussuunnitelman perustaksi. Myös satunnaisvaihtelut pitäisi voida ottaa palvelujen arvioinnissa huomioon etenkin koska kaikkeen taloussuunnitteluun liittyy epävarmuutta. Sel-

vää on, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäsenkuntien tilausten ja talousarvioiden harhaan osunut mitoitus heijastuu myös sairaanhoitopiirin kuntayhtymän voimavaroihin. Tämä voi johtaa siihen, että asukas ei saa tarvitsemaansa erikoissairaanhoitoa, johon hän on lain mukaan oikeutettu. Vaikutukset heijastuvat luonnollisesti monin kielteisillä tavoin sairaanhoitopiirin toimintaan ja toiminnan suunnitteluun.

Perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle on säädetty velvollisuus turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen sekä perustuslain 19 §:ssä velvollisuus turvata riittävät terveyspalvelut lailla säädetyin tavoin. Perustuslain lakisääteisten terveyspalveluiden turvaamisvelvoite tulee ottaa huomioon kunnissa talousarviopäätöksiä tehtäessä ja lakeja sovellettaessa. Talousarviosta päättävät luottamusmiehet ja asiaa valmistelevat virkamiehet rikkovat käsitykseni mukaan näissä perustuslain säännöksissä julkiselle vallalle asetetut velvoitteet, jos talousarvio mitoitetaan tietoisesti tiedossa olevaa tarvetta vähäisemmäksi. Jos talousarvio/palvelusopimukset osoittautuvat alimitoitetuiksi siitä syystä, että niihin ei ole sisällytetty esim. palkkamenojen kasvua tai tiedossa olleita ostoja tai laitehankintoja, on menettely ollut lainvastainen. Taloussuunnittelun täydellisyyperiaate koskee myös sairaanhoitopiirien kuntayhtymiä.

5.3.2

Pääsy hoitoon

5.3.2.1

Talousarvion ylittymisen tilanne

Oikeus saada erikoissairaanhoitoa jäsenkunnan erikoissairaanhoitoon varaamien määrärahojen ylittyessä on ollut tämän kanteluasian tutkinnassa keskeinen selvittelyn kohde. Tässä tarkoituksessa on pyydetty mm. kaikkien jäsenkuntien terveyskeskusten vastaavilta lääkäreiltä selvitys siitä, miten kunnat turvaavat talousarvion ylitystilanteessa yksittäisen potilaan oikeuden tarpeelliseen erikoissairaanhoitoon.

HUS:n kuntayhtymän jäsenkuntien antamissa selvityksissä vakuutetaan, että talousarvioiden/palvelusopimusten uhatessa ylittyä tai ylityttyä, jäsenkunnat ovat säännönmukaisesti myöntäneet lisämäärärahaa erikoissairaanhoitoa varten. Kunnat eivät ole kuitenkaan antamissaan selvityksissä yleensä erottaneet tässä yhteydessä kiireellistä ja muuta tarpeellista erikoissairaanhoitoa. Jäsenkuntien selvitysten mukaan kuntalaiset eivät ole näissä tilanteissa jääneet ilman tarpeellista erikoissairaanhoitoa eivätkä kunnat ole myöskään antaneet hoidon saantia rajoittavia ohjeita. Näiden selvitysten pohjalta arvioiden budjettien määräraharajoitukset eivät ole olleet esteenä ainakaan potilaiden tarvitseman kiireellisen hoidon saamiselle. Toisaalta selvityksen perusteella on pääteltävissä, että kulloinkin käytettävissä olevilla määrärahoilla säädellyään ei-kiireellisen hoidon jonotusaikoja ja tällaisen hoidon tarpeessa olevien henkilöiden hoitoon pääsyä.

5.3.2.2

Jonot

HUS:n kuntayhtymässä ovat hoitojonossa sen oman määritelmän mukaan ne palvelua tarvitsevat asiakkaat, jotka on toimintayksikön voimavarojen vuoksi asetettu odottamaan palvelujen saamista. Potilaat ovat sairautensa tai hoitoisuutensa laadun mukaisessa hoitojonossa odottamassa varsinaista hoitoa, toimenpidettä tai tutkimusta. Hoitojono sisältää vain ne potilaat, jotka odottavat hoitoon pääsyä sairaalan resursseista johtuen, ei esim. siksi, että odotetaan tautitilan "kypsymistä" tai potilaan iän tai painon karttumista. Sovittuihin jälkitarkastuksiin, uusintakäynteihin tai jaksottaishoitoon tulevan potilaan ei katsota olevan hoitojonossa. Hoitojonoon kuuluvat jo hoidonvarauksen saaneet henkilöt.

HUS:n kuntayhtymän strategiaohjelman 2002 - 2010 mukaan kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaat ovat tasa-arvoisessa asemassa HUS:n palvelujen saamisessa. Ohjelman tavoitteena on yhtenäistää hoitoon ottamisen kriteerit ja määritellä tavallisimmille palveluille hoitoon pääsyn tavoiteajat vuosina 2001 - 2003. HUS:n kuntayhtymässä on lisäksi 23.1.2002 asetettu työryhmä tarkastelemaan hoidon saatavuuden vaihtelun tilaa ja rakenteellisia syitä sekä tekemään toimenpide-ehdotus asukkaiden yhdenvertaisuuden edistämiseksi.

Tämän työryhmän puheenjohtajalta, ylilääkäri Jorma Lauharannalta saatujen tietojen mukaan väestöpohjaan suhteutettuna jonottajamäärä vaihtelee HUS:ssä kunnittain ja sairaanhoitoalueittain voimakkaasti. Esimerkiksi HUS:n Peijaksen sairaalan alueen kunnissa jonottajia on väestöön suhteutettuna lähes kaksinkertainen määrä verrattuna esimerkiksi Lohjan ja Hyvinkään sairaanhoitoalueiden kuntiin.

Elokuun lopussa 2002 odotti jonottajista 20 000 (55 %) kirurgian erikoisalalle. Runsaasti jonottajia oli myös korva-, nenä- ja kurkkutauteihin (3 832), silmätauteihin (7 017), naistentauteihin (3 224) sekä sisätauteihin, etenkin kardiologiaan (816). Jonotustilanne vuodeosastohoitoon on HUS:n runsaan kahden vuoden toiminnan aikana lievästi huonontunut. Jonotilanne on kuitenkin kehittynyt suotuisasti vuoden 2002 aikana. Lääkärilakon aikana kasvaneita jonoja purettiin syksyllä 2001 ja tammi-helmikuussa 2002. Helsinki hankki lisäksi ostopalveluina noin 2 500 operatiivista hoitoa. Vuoden 2001 joulukuun lopussa HUS:n jäsenkuntien jonottajamäärä oli 39 600. Elokuun 2002 lopussa se oli 36 100.

Myös HUS:n kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden pääsyssä ei-kiireelliseen hoitoon on alueellisia eroja. Jonopotilaiden hoitoon pääsy on tulosalueista nopeinta Lohjan, Porvoon ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueilla ja hitainta Peijaksen sairaalassa, jossa alle 60 % potilaista hoidetaan kolmessa kuukaudessa. Kuudessa kuukaudessa hoidosta toteutuu eri tulosalueilla 71 - 92 %.

Ylilääkäri Lauharannan mukaan ongelmajonoina voidaan pitää sellaisia vaikuttavuudeltaan merkittävän hoidon jonoja, joissa on runsaasti potilaita, pitkät jonotusajat ja huomattava vaihtelu jonotusajoissa eri alueiden välillä. Tyypiesimerkki ongelmajonosta on jono lonkka- ja polvi-teesileikkaukseen, jossa jonossa oli syyskuun 2002 lopussa 1 360 potilasta. Lonkka- tai polvi-teesin saa kolmen kuukauden sisällä 8 % potilaista Peijaksen sairaalan alueella ja 61 % Porvoon sairaanhoitoalueella. Jonotusaikojen mediaani, (joka kertoo hoidetuista potilaista keskimmäisen hoitoajan ja kuvaa siis aikaa, jossa puolet potilaista on hoidettu) vaihtelee Porvoon sairaanhoitoalueella kolmesta kuukaudesta Peijaksen sairaalan 13,5 kuukauteen. Toinen esimerkki ongelmajonosta on jono kaihileikkaukseen. Tässä jonossa oli 5 544 potilasta syyskuun lopussa 2002. Jonotusajan mediaani vaihtelee kolmesta kuuteen kuukauteen. Vähiten kiireellisten potilaiden odotusaika saattaa olla 1,5 vuotta. Osa potilaista turvautuu yksityissektoriin nopeuttaakseen hoitoon pääsyä.

Vaihtelua hoitoon pääsyssä selittävät ylilääkäri Lauharannan mukaan vuosien kuluessa HUS:n eri sairaanhoitoalueille kertyneen hoitokapasiteetin ja toimintatapojen erilaisuus, erot jäsenkuntien rahoitusmahdollisuuksissa, alueelliset kysyntäerot (väestön erilaiset hoidontarpeet) ja hoitoonottokriteereiden epäyhtenäisyys. Myös lähetemäärissä ja päivystyksen käytössä on alueellisia eroja. Alueellisten hoito-ohjeiden ja hoitoketjujen tuntemuksessa, käytössä ja toimintaa ohjaavassa vaikutuksessa on niin ikään runsaasti alueellista vaihtelua.

5.3.2.3 Arviointia

HUS:n kuntayhtymän antamien tietojen mukaan kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden pääsyssä ei-kiireelliseen hoitoon on siis runsaasti eroja. Erot ovat alueellisia ja myös hoitokohtaisia.

Eräillä alueilla ja eräisiin hoitoihin jonot ovat pitkiä, pisimmillään ne ovat yli vuodenkin mittaisia.

Voimassa oleva lainsäädäntömme sallii potilaan asettamisen jonoon odottamaan hoitoon pääsyä, ellei potilas ole kiireellisen hoidon tarpeessa. Se, että hoitojonoon asetettu ja siis erikoissairaanhoidon tarpeessa olevaksi määritelty potilas joutuu jonottamaan tarpeellista hoitoa kohtuuttoman pitkään, voi kuitenkin merkitä sitä, että kunta ei ole asianmukaisesti täyttänyt velvollisuuttaan palveluiden järjestämiseen eivätkä oikeudet riittäviin terveyspalveluihin tällöin toteudu lain tarkoittamalla tavalla.

Kuten edellä jaksossa 5.2 on todettu, laissa ei ole säännöksiä siitä, missä ajassa hoitoon tulee päästä. Jonotusaikojen pituuden perusteella ei nykyisen lainsäädännön valossa ole siten mahdollista pitää sairaanhoitopiirin kuntayhtymän menettelyä lainvastaisena ilman, että arvioidaan potilaskohtaisesti hänen saamaansa tarpeellista hoitoa.

Jonotusajan kohtuullisuutta voidaan kuitenkin arvioida esimerkiksi niiden tavoitteiden valossa, joita on esitetty eri tavoiteohjelmissa sekä nyttemmin valtioneuvoston terveydenhuollon turvaamiseksi tekemässä periaatepäätöksessä. Tämän periaatepäätöksen mukaan valtakunnallisten kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamisohjeiden valmistelu perustuu siihen, että pääsy erikoissairaanhoidon polikliiniseen arvioon järjestetään kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta ja pääsy lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon turvataan tavallisesti enintään kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa. Selvityksen mukaan HUS:n kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaat eivät kaikki saa hoitoa näissä tavoiteajoissa. Ei-kiireellistä hoitoa asukkaat saattavat joutua odottamaan pitkään, jopa yli vuoden. Ainakaan näissä viimeksi mainituissa tapauksissa ihmisten perusoikeus riittäviin terveyspalveluihin ei käsitykseni mukaan pääsääntöisesti toteudu.

Myös alueelliset ja muut erot hoitoon pääsyssä ovat selvityksen mukaan suuria. Kaikilta osin erikoissairaanhoidon palvelut eivät siten ole mielestäni riittävän yhdenvertaisesti asukkaiden saatavissa.

HUS:n kuntayhtymässä eroja hoitoon pääsyssä selittävät edellä sanotun mukaisesti erot jäsenkuntien erikoissairaanhoidon varaamisessa määrärahoissa sekä mm. eri sairaanhoitoalueiden toimintatapojen erilaisuus ja hoitoon ottamisen kriteereiden epäyhtenäisyys.

Selvityksen perusteella on epäiltävissä, että kunnat eivät ole varanneet asukkaidensa erikoissairaanhoidon sellaisia määrärahoja, joilla olisi voitu turvata kiireellisen hoidon ohella myös muu tarpeellinen erikoissairaanhoidon jäsenkuntien kaikille asukkaille kohtuullisessa ajassa. Koska ei-kiireellisen hoidon jonojen pituuteen vaikuttavat taloudellisten seikkojen ohella myös monet muut seikat, tämän selvityksen perusteella ei ole mahdollista esittää arviota siitä, missä määrin kysymys on määrärahoista, missä määrin muista asiaan vaikuttavista seikoista. Selvä on, että jäsenkuntien tulee huolehtia riittävien määrärahojen varaamisesta, jotta myös ei-kiireellinen erikoissairaanhoidon voidaan antaa kohtuullisessa ajassa.

Hoitoon pääsyssä oleviin eroihin vaikuttavat selvityksen mukaan siis myös erot eri sairaanhoitoalueiden toimintatavoissa, hoitoon ottamisen kriteereissä, lähetemäärissä ja päivystyksen käytössä sekä alueellisten hoito-ohjeiden ja hoitoketjujen tuntemuksessa. Juuri näistä syistä johtuvien erojen poistaminen kuuluu käsitykseni mukaan nimenomaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtäviin. Tässä yhteydessä keskeinen tehtävä on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteensovittaminen.

Perustuslain 22 § merkitsee velvollisuutta varmistua siitä, että ihmisten oikeudet riittäviin terveyspalveluihin toteutuvat. Varmistuminen oikeuksien toteutumisesta edellyttää kuntien jatkuvaa seurantaa ja arviointia siitä, miten palvelut vastaavat arvioituun tarpeeseen. Tärkeätä on,

että kunnissa hankitaan tietoja palvelujen tilasta säännöllisesti ja reaaliaikaisesti. Jatkuva eri palvelujen jonotusaikojen seuranta antaa kuvan palvelujen saatavuudesta ja sen vaihtelusta. HUS:n kuntayhtymän tietojärjestelmä mahdollistaa jonoseurannan kunnittain.

Muutamit HUS:n kuntayhtymän jäsenkunnat ilmoittavat ostaneensa asukkailleen erikoissairaanhoidon palveluita yksityisiltä palvelujen tuottajilta HUS:n pitkien jonojen vuoksi. Näin toimien kunnat ovat käsitykseni mukaan menetelleet asianmukaisesti ja turvanneet lainmukaisesti asukkaidensa oikeuden saada erikoissairaanhoidoa heidän tarpeensa mukaan.

5.3.3

Johtopäätös

HUS:n kuntayhtymän jäsenkunnat varaavat talousarvioihinsa erikoissairaanhoidoa varten palvelusopimuksissa arvioidun määrärahan. Selvitysten perusteella jäsenkuntien erikoissairaanhoidon talousarviot eivät ole osoittautuneet käytännössä oikein mitoitetuiksi. Palvelusopimusten toteutumista koskevista tiedoista voidaan nähdä, että palvelusopimukseen varatut määrärahat ovat lähes säännönmukaisesti ylittyneet eräitä yksittäisiä kuntia lukuun ottamatta.

Kunnan tehtävänä on erikoissairaanhoidolain mukaan huolehtia, että sen asukas saa tarpeellisen, sekä kiireellisen että ei-kiireellisen, erikoissairaanhoidon. Tästä seuraa, että kunnan on varattava talousarvioonsa määrärahat paitsi kiireellistä myös muuta tarpeellista erikoissairaanhoidoa varten. Talousarvio on laadittava siten, että edellytykset kunnan tehtävien hoitamiseen turvataan.

Talousarviosta päättävät luottamusmiehet ja asiaa valmistelevat virkamiehet rikkovat käsitykseni mukaan perustuslain 19 ja 22 §:ssä julkiselle vallalle säädetyt velvoitteet turvata riittävät lakisääteiset terveyspalvelut, jos kunta talousarviosta päättäessään mitoittaa määrärahansa tietoisesti tiedossa olevaa tarvetta vähäisemmäksi. Taloussuunnittelun täydellisyyperiaate koskee myös sairaanhoitopiirin kuntayhtymiä.

Näiden selvitysten pohjalta arvioiden talousarvioiden määräraharajoitukset eivät ole kuitenkaan olleet esteenä ainakaan kiireellisen hoidon saamiselle. Toisaalta selvityksen perusteella on pääteltävissä, että kulloinkin käytettävissä olevilla määrärahoilla säädellään ei-kiireellisen hoidon jonotusaikoja.

Kuntayhtymän antamien tietojen mukaan jäsenkuntien asukkaiden pääsyssä ei-kiireelliseen hoitoon on runsaasti alueellisia eroja. Eräillä alueilla ja eräisiin hoitoihin jonot ovat pitkiä, pisimmillään yli vuodenkin mittaisia.

Potilaan asettaminen jonoon odottamaan hoitoon pääsyä on sinänsä lain mukaan sallittua, ellei potilas ole kiireellisen hoidon tarpeessa. Se, että hoitojonoon asetettu ja siis erikoissairaanhoidon tarpeessa olevaksi määritelty potilas joutuu jonottamaan tarpeellista hoitoa kohtuuttoman pitkään, voi kuitenkin merkitä sitä, että kunta ei ole asianmukaisesti täyttänyt velvollisuuttaan palvelujen järjestämiseen eivätkä oikeudet riittäviin terveyspalveluihin tällöin toteudu lain tarkoittamalla tavalla.

Jonotusajan kohtuullisuutta voidaan arvioida esimerkiksi niiden tavoitteiden valossa, joita on esitetty eri tavoiteohjelmissa sekä nyttemmin valtioneuvoston terveydenhuollon turvaamiseksi tekemässä periaatepäätöksessä. Selvää käsitykseni mukaan on, että ihmisten perusoikeus riittäviin terveyspalveluihin ei voi yleensä toteutua jonotusaikojen ollessa kohtuuttoman pitkiä, jopa yli vuoden mittaisia. Muutamit jäsenkunnat ilmoittavat ostaneensa asukkailleen eräitä erikoissairaanhoidon palveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta kuntayhtymän pitkien jonojen vuoksi. Näin toimien kunnat ovat käsitykseni mukaan menetelleet asianmukaisesti ja turvanneet lain-

mukaisesti asukkaiden oikeuden saada erikoissairaanhoidoa heidän tarpeensa mukaan.

Myös alueelliset ja muut erot hoitoon pääsyssä ovat selvityksen mukaan suuria. Kaikilta osin erikoissairaanhoidon palvelut eivät siten ole mielestäni riittävän yhdenvertaisesti asukkaiden saatavissa. HUS:n kuntayhtymässä eroja hoitoon pääsyssä selittävät edellä sanotun mukaisesti erot jäsenkuntien erikoissairaanhoidon varaamisessa määrärahoissa sekä mm. eri sairaanhoitoalueiden toimintatapojen erilaisuus ja hoitoon ottamisen kriteereiden epäyhtenäisyys.

Selvityksen perusteella on epäiltävissä, että kunnat eivät ole varanneet asukkaidensa erikoissairaanhoidon sellaisia määrärahoja, joilla olisi voitu turvata kiireellisen hoidon ohella myös muu tarpeellinen erikoissairaanhoido jäsenkuntien asukkaille kohtuullisessa ajassa. Koska ei-kiireellisen hoidon jonojen pituuteen vaikuttavat selvityksen mukaan myös monet muut seikat, tämän selvityksen perusteella ei ole mahdollista esittää arviota siitä, missä määrin kysymys on määrärahoista, missä määrin muista asiaan vaikuttavista seikoista. Selvää on, että jäsenkuntien tulee huolehtia riittävien määrärahojen varaamisesta, jotta myös ei-kiireellinen erikoissairaanhoido voidaan antaa kohtuullisessa ajassa.

Hoitoon pääsyssä oleviin eroihin vaikuttavat selvityksen mukaan myös erot eri sairaanhoitoalueiden toimintatavoissa, hoitoon ottamisen kriteereissä, lähetemäärissä ja päivystyksen käytössä sekä alueellisten hoito-ohjeiden ja hoitoketjujen tuntemuksessa. Näistä syistä johtuvien erojen poistaminen kuuluu käsitykseni mukaan nimenomaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtäviin. Tässä yhteydessä keskeinen tehtävä on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteensovittaminen.

Perustuslain 22 § merkitsee käsitykseni mukaan velvollisuutta varmistua siitä, että ihmisten oikeudet riittäviin terveystalveluihin toteutuvat. Varmistuminen ihmisten oikeuksien toteutumisesta edellyttää myös kunnissa jatkuvaa seuranta ja arviointia siitä, miten palvelut vastaavat arvioituun tarpeeseen. Palvelujen seurantaan ja arviointiin kuntayhtymän tietojärjestelmä antaa hyvän välineen.

6

TOIMENPITEET

Saatan valtioneuvoston tietoon kohdassa 5.1.3 sanotut havaintoni erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevista lainsäädännöllisistä puutteista.

Erikoissairaanhoidolain säännöksiä kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asemasta ja tehtävistä tulisi käsitykseni mukaan muuttaa niin, että niissä otettaisiin huomioon suunnittelu- ja valtiosuusjärjestelmän uudistamisesta aiheutuneet muutokset kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän välisille suhteille. Tärkeätä olisi, että sairaanhoitopiirien kuntayhtymän ja sen jäsenkuntien suhteista ja niiden vastuusta potilaiden hoitamisessa olisi säädetty nykyistä selkeämmin ja yksityiskohtaisemmin. Erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevat lainsäädännölliset puutteet ovat nähdäkseni omiaan vaikeuttamaan perusoikeuksien - yhdenvertaisesti turvattujen riittävien terveystalvelujen - toteutumista. Lainsäädännön selkeyttäminen tässä suhteessa toteuttaisi käsitykseni mukaan perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle säädettyä perusoikeuksien turvaamisvelvoitetta.

Samoin saatan sosiaali- ja terveysministeriön tietoon kohdassa 5.2.3 sanotun käsitykseni siitä, että nykyistä täsmällisempi määrittely laissa siitä, missä laajuudessa ja minkä tasoisina terveydenhuollon perustalvelut tulee toteuttaa kaikille yhdenvertaisesti kaikkialla maassa, on omiaan turvaamaan nykyistä paremmin ihmisten oikeuksia yhdenvertaisesti ja riittäviin terveystalveluihin. Erityisesti tämä koskee ei-kiireellistä erikoissairaanhoidoa. Lainsäädännön täsmentäminen tässä suhteessa toteuttaa käsitykseni mukaan perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle sää-

dettyä perusoikeuksien turvaamisvelvoitetta.

HUS:n kuntayhtymän ja sen jäsenkuntien tietoon saatan kohdassa 5.3.3 sanotut käsitykseni velvollisuudesta järjestää jäsenkuntien asukkaiden tarvitsema, sekä kiireellinen että ei-kiireellinen, erikoissairaanhoidon alueellisesti yhdenvertaisesti kohtuullisessa ajassa.

Palvelusopimusten toteutuminen tuhansina euroina ja %:ina v. 2000 - 2002

Kunta	Palvelusuun-	Käytönmukaiset	tot-%	Palvelusuun-	Käytönmukaiset	tot-%	Palvelusuun-	Toteuma	Ennuste	Ennustettu
	telma	kustannukset *)		telma	kustannukset *)		telma	1-9/2002	V. 2002	syyskuun tot.
	v. 2000	v. 2000		V. 2001	v. 2001		V. 2002		perusteella	2002
Askola	2,465	2,290	92.9	2,330	2,305	99.0	2,542	1,883	2,567	101.0 %
Espoo	113,570	112,135	98.7	118,398	120,993	102.2	128,843	94,724	129,556	100.6 %
Hanko	5,927	6,489	109.5	6,333	6,436	101.6	6,446	5,012	6,825	105.9 %
Helsinki	311,540	311,857	100.1	324,268	336,248	103.7	346,710	266,126	357,565	103.1 %
Hyvinkää	24,300	25,147	103.5	24,892	27,287	109.6	28,248	20,319	27,762	98.3 %
Inkoo	3,017	3,159	104.7	2,967	3,070	103.5	3,313	2,780	3,750	113.2 %
Järvenpää	19,382	20,047	103.4	20,082	20,407	101.6	21,949	16,198	21,892	99.7 %
Karjaa	5,111	5,307	103.8	4,922	6,094	123.8	5,718	4,787	6,430	112.5 %
Karjalohja	918	816	88.9	858	1,129	131.5	921	806	1,082	117.5 %
Karkkila	5,180	4,689	90.5	5,148	5,554	107.9	5,430	4,638	6,178	113.8 %
Kauniainen	3,563	3,642	102.2	3,866	4,256	110.1	4,045	3,150	4,324	106.9 %
Kerava	15,542	16,509	106.2	16,143	17,123	106.1	17,744	13,998	18,677	105.3 %
Kirkkonummi	15,075	14,976	99.3	15,673	16,640	106.2	17,208	13,245	18,061	105.0 %
Lapinjärvi	1,548	1,735	112.1	1,580	1,745	110.5	1,728	1,162	1,587	91.8 %
Liljendal	786	759	96.5	723	809	111.9	882	699	918	104.1 %
Lohja	21,712	22,170	102.1	23,270	25,367	109.0	25,383	19,915	26,801	105.6 %
Loviisa	3,951	4,085	103.4	4,121	4,266	103.5	4,286	3,574	4,882	113.9 %
Myrskylä	633	654	103.3	567	754	133.0	730	753	966	132.3 %
Mäntsälä	9,167	9,196	100.3	8,822	9,582	108.6	10,298	7,652	10,310	100.1 %
Nummi-Pusula	4,020	3,594	89.4	4,238	4,419	104.3	4,234	3,654	4,957	117.1 %
Nurmijärvi	15,953	16,034	100.5	17,413	18,182	104.4	18,197	14,316	19,205	105.5 %
Pernaja	2,039	2,044	100.2	2,073	1,924	92.8	2,254	1,710	2,328	103.3 %
Pohja	3,494	3,559	101.8	3,444	3,794	110.2	3,700	2,830	3,864	104.4 %
Pornainen	1,842	2,139	116.1	2,183	2,172	99.5	2,306	1,621	2,194	95.1 %
Porvoo	23,063	24,630	106.8	23,744	26,795	112.9	27,041	21,544	29,420	108.8 %
Sammatti	737	709	96.2	710	777	109.4	822	829	1,120	136.3 %
Sipoo	8,953	9,806	109.5	9,744	11,010	113.0	11,085	8,733	11,850	106.9 %
Siuntio	2,937	2,494	84.9	2,797	3,073	109.9	2,966	3,061	4,089	137.9 %
Tammisaari	9,861	11,037	111.9	10,609	10,573	99.7	11,846	8,775	11,907	100.5 %
Tuusula	14,898	14,997	100.7	15,676	17,292	110.3	16,773	14,122	18,784	112.0 %
Vantaa	89,998	92,825	103.1	93,559	102,439	109.5	106,035	84,301	114,139	107.6 %
Vihti	12,671	12,734	100.5	12,638	14,475	114.5	14,637	11,221	14,982	102.4 %
Jäsenkunnat yht.	753,851	762,260	101.1	783,790	826,990	105.5	854,320	658,138	888,972	104.1 %

*) kalliin hoidon tasauksen nettovaikutuksen jälkeen