

Perustuslain 19.3 §:n riittävien terveyspalvelujen turvaaminen vaikuttavuuden
kriteerien ja julkisen vallan toteuttamien lain uudistusten näkökulmasta

Lapin yliopisto
Oikeustieteiden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Valtiosääntöoikeus
Emilia Pietilä
Kevät 2025

Tiivistelmä

Lapin yliopisto

Tiedekunta: Oikeustieteiden tiedekunta

Työn nimi: Perustuslain 19.3 §:n riittävien terveyspalvelujen turvaaminen vaikuttavuuden kriteerien ja julkisen vallan toteuttamien lain uudistusten näkökulmasta

Tekijä: Emilia Pietilä

Koulutusohjelma/oppiaine: Valtiosääntöoikeus

Työn laji: Pro gradu -tutkielma/ Maisteritutkielma _x_ Lisensiaatintutkimus__

Sivumäärä: XVII + 66

Vuosi: 2025

Perustuslain (PL 731/1999) 19.3 §:ssä on turvattu riittävät terveyspalvelut perusoikeutena kaikille. Riittävyys -käsitteen voidaan nähdä koostuvan useista tekijöistä, joiden avulla on mahdollista arvioida, onko julkinen valta toteuttanut kyseisen perusoikeuden turvaamista mahdollisimman täysimääräisesti PL 22 §:n perusoikeusmyönteisen laintulkinnan nojalla. Tutkimuksessa olen pyrkinyt selvittämään näitä riittävyyden kriteereitä ja kyseisten kriteerien kautta tarkastelemaan, minkälaisen lainsäädännöllisten uudistusten avulla perusoikeutta on käytännössä pyritty toteuttamaan alueellinen yhdenvertaisuus mukaan lukien. Tutkielmassa on käytetty lainopillista metodia.

Riittävyyden kriteerien voidaan katsoa terveyspalveluiden osalta koostuvan yhdenvertaisesta saatavuudesta, institutionaalisesta, alueellisesta ja digitaalisesta saavutettavuudesta sekä palvelujen tarpeesta, laadusta ja vaikuttavuudesta. Edellä mainittuja tekijöitä on käytännössä pyritty toteuttamaan sote-uudistuksen ja sen suurempien sekä tehokkaampien järjestämisvastuullisten avulla. Lisäksi päivystys- ja sairaalaverkon keskittäminen, hoitotakuun muutokset ja yhteistyön lisääminen julkisen vallan ja Kelan välillä on nähty toimivan ratkaisuina terveydenhuollon nykyiseen tilanteeseen.

Tutkimusta tehdessä on käynyt ilmi, että vaikka perusoikeuteen liittyviä kriteereitä on voitu eritellä ja niiden kautta perustella lain uudistusten tarpeita ja tavoitteita, terveyden ja terveyspalvelujen täysimääräinen toteuttaminen estyy useammasta eri syystä. Näistä merkittävimpänä voidaan pitää budjettioikeudellisia syitä, jonka vuoksi terveyspalvelujen täydellinen turvaaminen tuntuu jäävän toissijaiseksi julkisen vallan taloudellisen tasapainottamisen rinnalla. Taloudellisten syiden ensisijainen oikeuttaminen vaikuttaa johtuvan perustuslakivaliokunnan kankeasta roolista perusoikeuksien täysimääräisen toteutumisen valvonnassa sekä oikeuksiin sisältyvän minimisuojatason puutteellisesta määrittelystä. Tämä on lopulta johtanut siihen, että valtiosääntöisessä kontekstissa tarkasteltuna, terveydellisten perusoikeuksien asema ei ylipäätään enää korostu tärkeimpänä päämääränä lain uudistuksien osalta.

III

Avainsanat: riittävät terveyspalvelut, julkinen terveydenhuolto, järjestämisvastuu, alueellinen yhdenvertaisuus, perustuslaki, perustuslakivaliokunta, valtiosääntöoikeus, budjettioikeudelliset käsitykset

x Tutkielma ei sisällä muita kuin tekijän omia henkilötietoja.

SISÄLLYS

LYHENTEET	V
LÄHTEET	VI
1 JOHDANTO	1
1.1 Tutkimuksen aihe ja aiheen rajausta	4
1.2 Tutkimuskysymys, metodi ja aineisto	5
1.3 Tutkielman rakenne	7
2 TERVEYSPALVELUJEN TURVAAMINEN	7
2.1 Oikeus terveyteen ja siihen liittyvä lainsäädäntö	7
2.1.1 Tarkastelussa asuinpaikka kiellettyinä syrjimisperusteena palveluita järjestäessä ...	11
2.2 Asiakkaan lainsäädännöllinen asema terveydenhuollossa	15
2.2.1 Järjestämisvastuu	15
2.2.2 Hoitotakuu	17
3 RIITTÄVÄT TERVEYSPALVELUT	18
3.1 Palveluiden yhdenvertainen saatavuus	20
3.2 Terveydenhuollon saavutettavuus	21
3.2.1 Institutionaalinen saavutettavuus	22
3.2.2 Alueellinen saavutettavuus	24
3.2.3 Digitaalinen saavutettavuus	26
3.3 Palvelun tarve	27
3.4 Terveyspalvelujen laatu ja vaikuttavuus	29
4 LAINSÄÄDÄNNÖLLISET RATKAISUT RIITTÄVIEN TERVEYSPALVELUJEN TOTEUTTAMISESSA	33
4.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus	33
4.1.1 Isommat järjestämisvastuulliset	34
4.1.2 Ammattihenkilöstön asianmukaisempi kohdentaminen tarpeeseen	36
4.1.3 Lisääntyvä laadukkuus ja vaikuttavuus	37
4.1.4 Vaikutus alueelliseen yhdenvertaisuuteen	37
4.1.5 Hyvinvointialueiden rahoitus ja ohjaukset	39
4.2 Päivystys- ja sairaalaverkkouudistus	42
4.2.1 Uudistuksen taustasta ja lainsäädännöstä	44
4.2.2 Sairaalaverkon keskittämisen syyt ja vaikutukset	45
4.3 Hoitotakuu-uudistus	47
4.3.1 Uudistuksen syyt ja merkitys valtiosääntöoikeuden kontekstissa	48
5 YHTEISTYÖ PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISESSÄ	50
5.1 Uudistettu Kela-korvausmalli	52
5.2 Hedelmöityshoitojen korvaukset	53
5.3 Korvattavien palvelujen laajentuminen	55
5.4 Yli 65-vuotiaiden Kela-korvauspilotti	56
5.5 Omalääkärimalli	57

5.6. Kela-mallin vaikutukset terveydellisiin perusoikeuksiin	58
--	----

V

6 SOSIAALISEN PERUSOIKEUDEN TÄYSIMÄÄRÄISEN TOTEUTUMISEN ONGELMAT	60
6.1 PeVL:n kankea rooli perusoikeussäännösten valvonnassa	61
6.2 Minimisuoajatason puutteellinen määrittely	63
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	65

LYHENTEET

ETENE	Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta
Kela	Kansaneläkelaitos
KKV	Kilpailu- ja kuluttajavirasto
KHO	korkein hallinto-oikeus
Palko	Terveystieteiden tutkimuskeskus
PeVL	perustuslakivaliokunta
PL	Suomen perustuslaki (731/1999)
sote	sosiaali- ja terveydenhuolto
STM	sosiaali- ja terveysministeriö
StVL	sosiaali- ja terveysvaliokunta
THL	terveyden- ja hyvinvoinninlaitos
TSS-oikeudet	taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet
TSS-sopimus	taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (SopS 6/1976)
YTHS	Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö

LÄHTEET

Virallisaineisto

Hallituksen esitykset

HE 309/1993 vp: Hallituksen esitys perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

HE 77/2004 vp: Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

HE 20/2009 vp: Hallituksen esitys laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta.

HE 90/2010 vp: Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.

HE 19/2014 vp: Hallituksen esitys yhdenvertaisuuslaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 241/2020 vp: Hallituksen esitys hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.

HE 56/2021 vp: Hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen lainsäädäntöön sekä eräihin muihin lakeihin tehtävistä muutoksista hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevasta lainsäädännöstä johtuen.

HE 319/2022 vp: Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaansaattamista annetun lain 59 §:n muuttamisesta sekä eräksi muiksi laeiksi.

HE 78/2024 vp: Hallituksen esitys laeiksi hyvinvointialueesta annetun lain ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annetun lain 2 ja 17 §:n muuttamisesta.

HE 134/2024 vp: Hallituksen esitys terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 10 b §:n muuttamisesta.

VII

HE 149/2024 vp: Hallituksen esitys laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi.

HE 174/2024 vp: Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain 3 luvun 3 §:n muuttamisesta.

HE 195/2024 vp: Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta.

HE 8/2025 vp: Hallituksen esitys vuoden 2025 lisätalousarvioksi.

Perustuslakivaliokunnan ja sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan käytäntö

PeVM 25/1994 vp: Perustuslakivaliokunnan mietintö hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

PeVL 11/1995 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä.

PeVL 34/1996 vp: lausunto hallituksen esityksestä 88/1996.

PeVL 8/1999 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

PeVL 59/2001 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laeiksi nuorisorangaistuksen kokeilemisesta annetun lain 14 §:n ja oikeudenkäynnistä rikosasioissa annetun lain 8 luvun 11 §:n muuttamisesta.

PeVL 20/2004 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

PeVL 33/2004 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä sairausvakuutuslaiksi ja hallituksen esityksestä sairausvakuutuslaiksi annetun hallituksen esityksen (HE 50/2004 vp) täydentämisestä.

PeVL 37/2006 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi kunta- ja palvelurakennemuutoksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta.

PeVL 38/2006 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä vanhempainpäivärahoja ja työnantajakustannusten korvaamista koskevan lainsäädännön muuttamiseksi.

PeVL 46/2006 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä metsätalouden rahoituslaiksi ja laiksi tuloverolain muuttamisesta.

VIII

PeVL 48/2006 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä kansaneläkelaiksi, laiksi vammaisetuksista ja laiksi eläkkeensaajan asumistuesta sekä eräiksi niihin liittyviksi laeiksi.

PeVL 10/2009 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta.

PeVL 39/2010 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laeiksi kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta.

PeVL 41/2010 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.

PeVL 23/2012 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laeiksi yliopistolain 36 ja 38 §:n, ammattikorkeakoululain sekä opiskelijavalintarekisteristä ja ylioppilastutkintorekisteristä annetun lain muuttamisesta.

PeVL 25/2012 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi lapsilisälain 7 §:n muuttamisesta ja 21 §:n väliaikaisesta muuttamisesta.

PeVL 36/2012 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista ja laiksi terveydenhuoltolain 20 §:n kumoamisesta.

PeVL 20/2013 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta, kuntajakolain eräiden säännösten kumoamisesta sekä kielilain muuttamisesta ja hallituksen esitys laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta, kuntajakolain eräiden säännösten kumoamisesta sekä kielilain muuttamisesta annetun hallituksen esityksen (HE 31/2013 vp) täydentämisestä.

PeVL 31/2014 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä yhdenvertaisuuslaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.

PeVL 32/2014 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi lapsilisälain 7 §:n muuttamisesta.

PeVL 67/2014 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.

IX

PeVL 10/2015 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laeiksi yliopistolain 49 §:n ja ammattikorkeakoululain 43 §:n väliaikaisesta muuttamisesta.

PeVL 19/2016 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto valtioneuvoston selonteosta vuosille 2017—2020.

PeVL 30/2016 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa.

PeVL 55/2016 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laeiksi työttömyysturvalain ja kotoutumisen edistämisestä annetun lain 19 §:n väliaikaisesta muuttamisesta sekä asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta annetun lain 3 a §:n 2 momentin 2 kohdan kumoamisesta.

PeVL 63/2016 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta.

PeVL 24/2017 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi julkisten työvoima- ja yrityspalveluiden alueellista tarjoamista ja työelämäkokeilua koskevasta kokeilusta.

PeVL 26/2017 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunnot hallituksen esityksestä maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi, hallituksen esityksestä laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta, hallituksen esityksestä laiksi sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta, hallituksen esityksestä maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi annetun hallituksen esityksen (HE 15/2017 vp) täydentämiseksi maakuntien rahoitusta koskevien ja eräiden muiden säännösten osalta ja hallituksen esityksestä maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi annetun lain hallituksen esityksen (HE 15/2017 vp) täydentämisestä Ahvenanmaan rahoitusasemaa koskevien säännösten osalta.

PeVL 15/2018 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunnot hallituksen esityksestä laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi ja

hallituksen esityksestä maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi annetun hallituksen esityksen (HE 15/2017

X

vp) täydentämiseksi maakuntien arvonlisäverokustannusten korvaamista sekä eräitä rahoitusratkaisuja koskien.

PeVL 18/2018 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä laiksi ulkomaalaislain muuttamisesta.

PeVL 17/2021 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.

PeVL 45/2024 vp: Perustuslakivaliokunnan lausunto hallituksen esityksestä työttömyysturvalain ja työttömyysetuuksien rahoituksesta annetun lain 4 ja 8 §:n muuttamiseksi.

StVM 13/2004 vp: Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö hallituksen esityksestä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

StVM 16/2021 vp: Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö hallituksen esityksestä hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.

StVM 25/2024 vp: Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö hallituksen esityksestä laeiksi terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 10 b §:n muuttamisesta.

StVM 27/2024 vp: Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö hallituksen esityksestä laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi.

Oikeuskäytäntö

EOA, Dnro 488/4/00, 15.11.2002.

KHO:2002:43.

KHO:2002:61.

HAO:2002:T 02/0225/1

Kirjallisuus

Aalto, Anna-mari - Ilmarinen, Katja - Muuri, Anu - Ikonen, Jonna, Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus ja asiakaskokemukset, s. 227–228 teoksessa Karvonen, Sakari - Kestilä, Laura - Saikkonen, Paula, Suomalaisten hyvinvointi. Kirjoittajat ja Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos 2022, s. 289–309.

Aarnio, Aulis, Laintulkinnan teoria. Yleisen oikeustieteen oppikirja. Juva 1989.

Arajärvi, Pentti, Johdatus sosiaali- ja terveydenhuollon oikeuteen. Talentum 2011.

Arajärvi, Pentti, Sosiaali- ja terveydenhuollon isoa ja pientä säätöä, Oikeus 2/2023.

Hallberg, Pekka - Karapuu, Heikki - Ojanen, Tuomas - Scheinin, Martin, Perusoikeudet. Alma Insights 2025.

Hiilamo, Heikki, Uudistuva palvelujärjestelmä, s. 18–19 ja 24 teoksessa Laaksonen, Hannele - Laitinen, Heleena - Hiilamo, Heikki (toim.), Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Sanoma Pro Oy 2020.

Hirvonen, Ari, Mitkä menetit? Opas oikeustieteen metodologiaan. Yleisen oikeustieteen julkaisuja 17, Helsinki 2011.

Huhtanen, Raija, Sosiaaliset perusoikeudet perustuslakivaliokunnan käytännössä, s. 181, 189 teoksessa Hänninen, Sakari - Kotkas, Toomas - Nykänen, Eeva - Pajukoski, Marja - Sakslin, Maija (toim.), Muuttuva sosiaali- ja terveysala. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja E-sarja N:o 24. Suomalainen lakimiesyhdistys ja kirjoittajat 2013, s. 161–191.

Hujala, Anneli - Taskinen, Helena, Esipuhe s. 7–8 teoksessa Hujala, Anneli - Taskinen, Helena (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press 2020.

Husa, Jaakko, Valtiosääntöoikeuden luonne, yleiset opit ja poikkeuslaki-instituutio – suuntaviivoja uudelle systematiikalle? Lakimies 2/2007 s. 183–207

Jyränki Antero, Valta ja vapaus. Talentum, 2003.

Kilkku, Nina - Laitinen, Heleena - Saarni, Lea - Vänni, Kimmo - Himanen, Sari, Osaaminen ja innovatiivisuus, s 153 teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Sanoma Pro Oy 2020 ja Vanjusov 2022.

XII

Koivula, Ulla-Maija - Laaksonen, Hannele, Laatu ja vaikuttavuus, s. 76–77, 102–103 teoksessa Laaksonen, Hannele - Laitinen, Heleena - Hiilamo, Heikki (toim.), Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Sanoma Pro Oy 2020.

Koivula, Ulla-Maija, Tulevaisuuden ennakointia, s. 257 teoksessa Laaksonen, Hannele - Laitinen, Heleena - Hiilamo, Heikki (toim.), Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Sanoma Pro Oy 2020.

Kotkas, Toomas, Terveiden ja sosiaalisen turvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa - menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus. Lakimies 2/2009, s. 207-225.

Kotkas, Toomas, Perustuslain 19 §:n sosiaaliset perusoikeudet korkeimman hallinto-oikeuden lainkäytössä, s. 222 teoksessa Hänninen, Sakari - Kotkas, Toomas - Nykänen, Eeva - Pajukoski, Marja - Sakslin, Maija (toim.), Muuttuva sosiaalioikeus. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja E-sarja N:o 24. Suomalainen lakimiesyhdistys ja kirjoittajat 2013, s. 217–237.

Liljeström, Marita, Terveyspalvelujen järjestämistä koskevat kiistat hallintotuomioistuimissa. Defensor Legis N:o 1/2003.

Lönnfors, Mirja, Vastuuoikeudellisia näkökulmia modernista terveydenhuollon järjestelmästä. Edilex 2005.

Muukkonen, Matti, Ulkoistaminen ja perustuslainsäätäjän tahto. Edilex-sarja 14/2012.

Muukkonen, Matti, Kunnan järjestämismääräykset, ulkoistusriskit ja velvollisuus turvata palvelutuotannon jatkuvuus. Liikejuridiikka 2020.

Mäenpää, Olli, Yleinen hallinto-oikeus. Alma Talent 2017.

Mäki-Lohiluoma, Juho, Julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden yksityinen tuotanto ja lainsäätäjän harkintavallan raja. Jurisprudentia LV 2022, s. 195-290.

Mäntylä, Niina - Kosonen, Jonna - Sairanen, Sara, Alueellisen yhdenvertaisuuden avaimet toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa - koulutuksen saatavuus ja saavutettavuus, s. 369 ja 374 Toivonen, Virve - Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna - Nykänen, Eeva (toim.), Hyvinvointioikeus - kirjoituksia oikeudesta ja hyvinvoinnista. Helsingin Kamari 2022, s. 366-405.

Nykänen, Eeva - Laatikainen, Tiina, Oikeus riittäviin terveydenhuollon palveluihin - ja miten riittävyttä voidaan mitata, s. 341–346, 348, 350–352, 354 ja 361 teoksessa Toivonen, Virve

Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna - Nykänen, Eeva (toim.), Hyvinvointioikeus - kirjoituksia oikeudesta ja hyvinvoinnista. Helsingin Kamari 2022, s. 338–365.

XIII

Poikonen, Heidi, Perusoikeussäätelyn vaikutuksista oikeuteen saada palveluja, s. 135 teoksessa Nykänen, Eeva - Kalliomaa-Puha, Laura - Mattila, Yrjö, Sosiaaliset oikeudet: näkökulmia perustaan ja toteutumiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, 114–137.

Rantamäki, Niina - Kattilakoski, Mari - Halonen, Maija, Alueellinen yhdenvertaisuus maakunnallistuvissa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa. Yhteiskuntapolitiikka 2021.

Rautiainen, Pauli, Perusoikeuden heikennyskielto. Oikeus 2013, s. 261-283.

Rautiainen, Pauli - Taskinen, Helena - Rissanen, Sari, Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen - virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta, s. 18–20, 24–25, 27, 31–32, 78–79, 81 ja 116 teoksessa Hujala, Anneli - Taskinen, Helena (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press 2020, s. 15–46.

Saranto, Kaija - Kinnunen, Ulla-Mari - Jylhä, Virpi - Kivekäs, Eija, Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa, s. 191–192 teoksessa Hujala, Anneli - Taskinen, Helena (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press 2020.

Saraviita, Ilkka, Perustuslaki 2000. Lakimiesliiton kustannus 2000.

Suviranta, Outi, Hoitotakuu ja viivästys terveyspalvelun järjestämisessä. Lakimies 7–8/2006. s. 1252–1264.

Teperi, Juha, Johdanto s. 10 teoksessa Riittävät palvelut jokaiselle - näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa, Juha Teperi, Lauri Vuorenkoski, Kristiina Manderbacka, Eeva Ollila, Ilmo Keskimäki ja Stakes. Edita Prima Oy 2006, s. 9-11.

Toivonen, Virve, Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna, Nykänen, Eeva, Johdanto s. 19 teoksessa Toivonen, Virve - Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna - Nykänen, Eeva (toim.), Hyvinvointioikeus - kirjoituksia oikeudesta ja hyvinvoinnista. Helsingin Kamari 2022, s. 9–21.

Tuori, Kaarlo – Kotkas, Toomas, Sosiaalioikeus. Talentum Pro 2023.

Tynkkynen, Liina-Kaisa - Paatela, Satu - Aalto, Anna-Mari - Keskimäki, Ilmo - Nykänen, Eeva - Peltola, Mikko - Sinervo, Timo - Tammi, Tuukka - Viita-aho, Marjaana (toim.),

Tilannekuvia hyvinvointialueilta – muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina, Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 3/2025.

XIV

Internetlähteet

CESCR General Comment No. 13: The Right to Education, kappale 6. Saatavissa <https://www.refworld.org/legal/general/cescr/1999/en/37937> (luettu ja viitattu 5.5.2025)

Erhola, Marina – Vaarama, Marja – Pekurinen, Markku – Jonsson, Pia Maria – Junnila, Majjaliisa – Hämäläinen, Päivi – Nykänen, Eeva – Linnosmaa, Ismo, SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 14/2014. Saatavissa <https://core.ac.uk/reader/19959990> (luettu ja viitattu 5.5.2025)

Haavisto, Petra, Soteuudistus muutti tilanteen pahemmaksi, sanoo sosiaalityön professori – näin hän muuttaisi nykysysteemiä, 2025. yle.fi. Saatavissa <https://yle.fi/a/74-20134791> (luettu ja viitattu 27.4.2025)

Junnila, Majjaliisa - Fredriksson, Sami, Palvelujen ulkoistus - tilaaminen ja tuottaminen sosiaali- ja terveystaloudessa, Juvenes Print Tampereen Yliopistopaino Oy 2012. Saatavissa https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90876/URN_ISBN_978-952-245-720-2.pdf (luettu ja viitattu 9.5.2025)

Kansaneläkelaitos, Hallitus suunnittelee muutoksia Kela-korvauksiin vuonna 2025, 2025. kela.fi. Saatavissa <https://www.kela.fi/ajankohtaista/hallitus-suunnittelee-muutoksia-kela-korvauksiin-vuonna-2025#mika-muuttuisi-kela-korvauksissa> (luettu ja viitattu 20.4.2025)

Kansaneläkelaitos, Korvaukset yksityisestä sairaanhoidosta, 2025. Saatavissa <https://www.kela.fi/korvaukset-yksityisesta-sairaanhoidosta#hedelmoityshoito> (luettu ja viitattu 19.5.2025)

Kilpailu- ja kuluttajavirasto, Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta (Kela-korvausten valinnanvapaukokeilu), 2025. kkv.fi. Saatavissa <https://www.kkv.fi/ajankohtaista/lausunnot/lausunto-luonnoksesta-hallituksen-esitykseksi-sairausvakuutuslain-valiaikaisesta-muuttamisesta-kela-korvausten-valinnanvapaukokeilu/> (luettu ja viitattu 13.4.2025)

Kotavaara Ossi - Nivala, Aleksis - Lankila, Tiina - Huotari, Tiina - Delmelle, Eric - Antikainen, Harri, Geographical accessibility to primary health care in Finland – Grid-based multimodal assessment. Applied Geography 2021. Saatavissa

<https://oulurepo.oulu.fi/bitstream/handle/10024/31003/nbnfi-fe2021102051782.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (luettu ja viitattu 26.3.2025)

XV

Kymäläinen, Simo, Hallitus on viemässä 35 miljoonaa euroa Helsingin sote-rahaa – pormestari pitää esitystä ”mielivaltaisena”, 2025. yle.fi. Saatavissa <https://yle.fi/a/74-20147233> (luettu ja viitattu 3.4.2025)

Lääkäriliitto, Lausunto hallituksen esitykseen luonnokseksi laista sairausvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta, 2024. laakariliitto.fi. Saatavissa <https://www.laakariliitto.fi/liitto-vaikuttaa/lausunnot-linjaukset-kannanotot/lausunto-hallituksen-esitykseen-luonnokseksi-laista-sairausvakuutuslain-2-ja-3-luvun-muuttamisesta/> (luettu ja viitattu 9.5.2025)

Maaseutubarometri: hyvää elämää varjostaa vahvistuva kokemus epäoikeudenmukaisuudesta, Maa- ja metsätalousministeriön tiedote 2024. Saatavissa <https://valtioneuvosto.fi/-/1410837/maaseutubarometri-hyvaa-elamaa-varjostaa-vahvistuva-kokemus-epaoikeudenmukaisuudesta> (luettu ja viitattu 2.2.2025)

Niilola, Merja, ”Minkä tässä pitäisi naurattaa”, kysyy työntekijä leikkausvitsailusta köyhien aamiaisella – nyt puhuvat pienituloiset 2024. yle.fi. Saatavissa <https://yle.fi/a/74-20080076> (luettu ja viitattu 9.5.2025)

Paananen, Veera Lääkäriliiton mielestä hallituksen suunnitelma on niin huono, että se vetoaa jäseniinsä: Älkää lähtekö mukaan 2025. hs.fi. Saatavissa <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000011026470.html> (luettu ja viitattu 4.5.2025)

Palveluvalikoima, Mikä on terveydenhuollon palveluvalikoima? palveluvalikoima.fi. Saatavissa <https://palveluvalikoima.fi/mika-on-palveluvalikoima> (luettu ja viitattu 4.1.2025)

Poikonen, Heidi, Peruspalveluiden saavutettavuus ja oikeusturva päihdehuollossa. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry 2018. Saatavissa https://ehyt.fi/wp-content/uploads/2020/06/peruspalveluiden_saavutettavuus.pdf (luettu ja viitattu 5.1.2025)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista 2017. Saatavissa https://stm.fi/documents/1271139/5228951/STM_as_ensihoitopalvelusta_PM_2.pdf/4a8570a7-b7e1-40fd-8700-cb8dadd70535/STM_as_ensihoitopalvelusta_PM_2.pdf?t=1503568864000 (luettu ja viitattu 7.1.2025)

Sosiaali- ja terveysministeriö, Hoidon jatkuvuusmalli - Omalääkäri 2.0 selvityksen loppuraportti 2022. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164291/STM_2022_17_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y (luettu ja viitattu 8.5.2025)

XVI

Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvitys hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuun toteutumisesta 2023: Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain (612/2021) 31 §:n mukainen sosiaali- ja terveysministeriön vuosittainen valtakunnallinen selvitys, 2024. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165367/STM_2024_1_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y (luettu ja viitattu 5.5.2025)

Sosiaali- ja terveysministeriön muistio, Kela-korvausten jatkokehittämisen tiekartta, 2024. stm.fi. Saatavissa https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/198978037/Kela-korvausten+jatkokehitt%C3%A4misen+tiekartta_muistio.pdf/ffe1da3-be12-a344-f2d9-04f29030a3b1/Kela-korvausten+jatkokehitt%C3%A4misen+tiekartta_muistio.pdf?t=1728454959855 (luettu ja viitattu 8.5.2024)

Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden määrittäminen, 2024. stm.fi. Saatavissa <https://stm.fi/sosiaalihuollon-ja-terveydenhuollon-palveluvalikoima> (luettu ja viitattu 8.1.2025)

Sosiaali- ja terveysministeriö, Päivystys- ja sairaalaverkon uudistaminen, 2025. stm.fi. Saatavissa <https://stm.fi/paivystys-ja-sairaalaverkon-uudistaminen> (luettu ja viitattu 7.5.2025)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, Yhdenvertaisuuden käsitteet 2023. thl.fi. Saatavissa <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/yhdenvertaiset-palvelut/yhdenvertaisuuden-kasitteet> (luettu ja viitattu 8.1.2025)

Valkama, Vanessa, "Ainakin puolet Suomesta aikoo rikkoa lakia - hyvinvointialueet selittävät, miksi", 2024. Yle.fi. Saatavissa <https://yle.fi/a/74-20130580> (luettu ja viitattu 28.4.2025)

Valtioneuvoston julkaisuja, Vahva ja välittävä Suomi, 2023. Saatavissa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165042/Paaministeri-Petteri-Orpon-hallituksen-ohjelma-20062023.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (luettu ja viitattu 26.3.2025)

Valtiovarainministeriö, Hyvinvointialueiden ohjaus. vm.fi. Saatavissa <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-ohjaus> (luettu ja viitattu 9.5.2025)

Valtiovarainministeriö, Hyvinvointialueen rahoituksen määräytyminen. vm.fi. Saatavissa
<https://vm.fi/hyvinvointialueiden-rahoitus> (luettu ja viitattu 9.5.2025)

XVII

Valtiovarainministeriö, Hyvinvointialueiden talous. vm.fi. Saatavissa
<https://vm.fi/hyvinvointialueiden-talous> (luettu ja viitattu 9.5.2025)

Vanjusov, Heidi, Saatavissa, mutta ei saavutettavissa? Sosiaalioikeudellinen tutkimus
päihdepalveluihin pääsystä. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations
in Social Sciences and Business Studies. Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto 2022. Saatavissa
<https://erepo.uef.fi/handle/123456789/28358> (luettu ja viitattu 26.4.2025)

1 JOHDANTO

Suomalainen terveydenhuolto on kriisissä. Ainakin tällaisen kuvan saa uutisotsikoiden ja kansalaisten omien kokemusten perusteella. Terveyspalvelut ovat olleet paljon esillä taas viime aikoina, kun säästöpainneiden alla esimerkiksi useiden pienempien asuinkeksusten päivystys- ja terveysasemia ollaan sulkemassa tai yhdistämässä useampien kuntien välillä. Tämä kasvattaa asiakkaiden välimatkoja sekä lisää kiireellisen hoidon odotusaikojen pidentymistä. Lisäksi lääkäripula, palvelusetelien tarjoaminen kotikunnassa avun saamisen sijasta, hyvinvointialueiden rahoituspula, pitkät jonotusajat erityisesti erikoissairaanhoidon ja väestön ikääntyminen tuovat haasteita terveydenhuoltoon, ja siten myös eri alueilla asuvien yhdenvertaiseen kohteluun.

Perustuslain (PL 731/1999) 19.3 §:ssä on turvattu riittävät terveyspalvelut perusoikeutena kaikille. Tutkielma sijoittuu valtiosääntöoikeuden kontekstiin, jossa olennaisena osana on hyvä tiedostaa perusoikeuksien asema ja näiden oikeuksien turvaamisen tärkeys lainsäädännöllisissä ratkaisuissa. Tutkielman osalta keskeisiä teemoja ovat erityisesti julkisen vallan vastuu perusoikeuksien turvaamisessa, PeVL rooli oikeuden tulkitsijana, sekä sitä kautta lopulta potilaan oikeuksien täyttyminen. Näiden osalta on tärkeää ymmärtää nimenomaan valtiosääntöoikeuden näkökulmasta keskeisimmät aiheeseen liittyvät yleiset opit, joihin voi sisältyä oikeudellisia peruskäsitteitä, teorioita sekä oikeusperiaatteita. Keskeisenä tässä tutkielmassa voidaan pitää PL 22 §:ää, joka ilmentää *oppia perusoikeusmyönteisestä laintulkinnasta*. Pykälä velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen myös PL 19.3 §:n osalta. PL 22 §:ää ja siihen sisältyvää perusoikeusmyönteistä laintulkintaa käsitellään enemmän seuraavassa pääluvussa.

Tässä tutkielmassa PeVL rooli PL:n tulkitsijana on edelleen tärkeä. PL 74 §:ssä säädetään perustuslainmukaisuuden valvonnasta. Pykälän mukaan valiokunnan tehtävä on antaa omat lausuntonsa niistä lakiehdotuksista ja muista asioista, jotka tulevat sen käsittelyyn. Lausunnot kattavat ehdotusten perustuslainmukaisuuden sekä suhteen kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin. Perusoikeuskysymysten kohdalla perustuslainmukaisuuden valvonta

keskittyy selkeästi arvioimaan perusoikeusrajoitusten sallittavuutta, johon se luonteeltaan parhaiten soveltuukin. Hankalaksi on puolestaan muodostunut, miten perusoikeussäännöksistä lainsäätäjälle johtuvia positiivisia toimintavelvoitteita voidaan

2

lainsäädäntövaiheessa valvoa tehokkaasti. Kyse on tällöin siitä, täyttääkö lainsäätäjä vaaditulla tavalla PL:sta johtuvan velvoitteensa. Yksittäisten lainsäädäntöhankkeiden kohdalla arviointiin ei aina löydy tyydyttäviä mahdollisuuksia.¹ Esimerkiksi se, miten *riittävät terveyspalvelut ja perusoikeus -käsitteitä* on tulkittu virallisaineistoissa, ja millainen painoarvo tulkinnoille on annettu vuosien saatossa on tutkimuksen kannalta olennaista. Erityisesti edellä mainittujen käsitteiden merkitys tutkielmassa korostuu, sillä niille annettu merkitys asettaa vaatimukset ja minimitason lainsäädännöllisiin ratkaisuihin palvelujen kohdalla. Keskeisten käsitteiden sisältö konkretisoi käytännön ratkaisuissa lisäksi sitä, mitä julkiselta vallalta PL 22 §:n osalta vaaditaan.

Ihmisten elämässä hyvinvointioikeuksien toteutuminen on olennaista, vaikka nämä oikeudet jäävät oikeudellisissa tarkasteluissa eri syistä helpommin muiden perusoikeuksien varjoon. Perusoikeuksien yleiset opit ovat hyvinvointioikeuksien kannalta osittain puutteellisia tai niihin soveltumattomia. Tämä näyttäisi johtuvan pääasiassa siitä, että hyvinvointioikeuksien toteutuminen on merkittävästi riippuvaisempi julkisyhteisöjen käytettävissä olevista taloudellisista voimavaroista verrattuna muihin perusoikeuksiin. Lisäksi julkisyhteisön velvoite aktiiviseen toimintaan painottuu hyvinvointioikeuksien toteutumisessa. Tämä ilmenee joko vastuuna yksilölle tarpeellisten suoritteiden tuottamisesta tai vähintään yhteisön rakenteisiin vaikuttamisella lainsäädännön avulla.²

Yksi pohjoismaisen terveystalouden tärkeimmistä tavoitteista on tarpeenmukaisten terveyspalvelujen tarjoaminen kaikille, riippumatta yksilöllisistä tekijöistä. Kenenkään avun tarpeessa olevan ei tulisi joutua tavoitteen mukaisesti oikeuden ulkopuolelle. Hoidon saatavuudessa ja laadussa katsotaan olevan ylempiä sosiaaliryhmiä suosivia rakenteita sekä käytäntöjä, huolimatta siitä, että terveyspalveluissa on pyritty korostamaan tavoitetta niiden oikeudenmukaisesta jakautumisesta. Palveluihin ei myöskään ole suoranaista oikeutta, sillä

¹ Hallberg - Karapuu - Ojanen - Scheinin Tuori - Viljanen 2011, IV luku "Perusoikeuksien merkitys lainsäädäntötyössä".

² Jyränki 2003, s. 490.

niiden saaminen pohjautuu käytännössä tarpeen analyysille, jonka ammattilainen arvioi. Joidenkin ihmisten on haastavaa saada terveydenhuollosta apua siitä huolimatta, että terveyspalveluiden saaminen on perusoikeus.³

3

On olemassa monenlaisia syitä sille, miksi avun piiriin ei päästä tai hakeuduta. Esteet palveluiden saamisessa voivat koskea esimerkiksi palvelurakennetta tai tarjolla oloa. Korkeat asiakasmaksut sekä huono saavutettavuus ovat yksi esimerkki näistä. Palvelujärjestelmän kantokykyä ovat testanneet myöhemmin käsiteltävän sote-uudistuksen viivästymisen lisäksi moninaiset kriisit sen toimintaympäristössä, joka on sekä synnyttänyt palvelu- ja hoitovelkaa useilla terveydenhuollon sektoreilla, mutta myös kuormittanut terveydenhuollon järjestelmää yleisesti.⁴

Sen lisäksi, että palvelujen riittävyys Suomen terveydenhuollossa itsessään on haaste, myös avun saavutettavuuteen on havaittu sisältyvän alueellisia eroja. Tilanne näkyy käytännössä siten, että saavutettavuus on heikointa maaseudulla, joka on harvaan asuttua, vaikka tarve harvaan asutuilla alueilla on väestörakenteen takia normaalia suurempi.⁵ Esimerkiksi maa- ja metsätalousministeriön toteuttaman maaseutubarometrin mukaan tilanne tuntuu myös käytännössä maaseudulla asuvien kokemuksena peruspalveluiden heikentyneestä saatavuudesta.⁶ Tästä syystä myös alueellisen yhdenvertaisuuden asema riittävien terveyspalveluiden arvioinnissa on oleellista.

Sanna Marinin ja Juha Sipilän hallitukset, ovat pyrkineet ratkomaan terveydenhuollon kriisiä omilla lainsäädännöllisillä uudistuksilla. Esimerkiksi Marinin hallituksen aikana toteutettiin sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus, jossa palveluiden järjestämisvastuu siirrettiin kunnilta hyvinvointialueille, ja jonka katsottiin parantavan muun muassa saatavuutta.⁷ Myös Petteri Orpon hallitus on omassa hallitusohjelmassaan⁸ listannut useita tavoitteita, miten nykyistä tilannetta terveydenhuollon sektorilla parannetaan. Taustalla on ajatus riittävien, tehokkaiden ja oikea-aikaisten terveyspalvelujen turvaamisesta kaikille sekä hoitovelan ehkäisemisestä.

³ Aalto - Ilmarinen - Ikonen - Muuri 2022, s. 227.

⁴ Aalto - Ilmarinen - Ikonen - Muuri 2022, s. 228.

⁵ Kotavaara - Nivala - Lankila - Huotari - Delmelle - Antikainen 2021, s. 4.

⁶ Maa- ja metsätalousministeriö, Maaseutubarometri 2024, valtioneuvosto.fi.

⁷ Mäki-Lohiluoma 2022, s. 201, 205.

⁸ Valtioneuvosto, Valtioneuvoston julkaisuja, Vahva ja välittävä Suomi 2023.

Nykyisessä hallitusohjelmassa todetaan, ettei hallinnon uudistaminen yksinään ole riittävä keino toimimaan ratkaisuna terveydenhuollon kohtaamiin haasteisiin, vaan järjestelmän kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta on parannettava. Hallituksen tavoitteena on muun

4

muussa uudistaa palveluiden rakennetta toimimaan portaittain, varmistaa oikea-aikaiseen hoitoon pääsyä sekä purkaa hoitojonoja. Lisäksi tavoitteena on mahdollistaa monipuolinen palvelutuotanto ja parantaa palveluiden vaikuttavuutta ja saatavuutta hyödyntämällä digitaalisia ratkaisuja laaja-alaisesti. Saatavuutta kehitetään hallitusohjelmassa huomioimalla erilaisten käyttäjäryhmien tarpeita sekä varmistamalla yhdenvertainen perusoikeuksien toteutuminen väestön tasolla.⁹

Nykyisen hallituksen tavoitteet terveydenhuollon sektorille ovat nimenomaan tavoitteita. Tämä ei vielä tarkoita sitä, että jokainen lainsäädännöllinen parannus tai suunnitelma palveluiden eteen on jo ehtinyt tapahtua tai tulee ylipäättään tapahtumaan. Toisaalta on mahdoton ajatus, että yhden hallituskauden aikana olisi mahdollista korjata kaikki olemassa olevat terveydenhuollon ongelmat. Sote-uudistuksenkin läpivienti vaati useamman hallituskauden, ennen kuin lopullinen uudistus sai muotonsa.

Tässä tutkimuksessa tutkitaan siten, riittävien terveyspalveluiden kriteereitä tarkastelemalla, mitä merkittäviä lainsäädännöllisiä ratkaisuja viime aikoina on toteutettu terveydenhuollon eteen ja ovatko ne aidosti tukeneet perustuslaissa mainittua palveluiden turvaamisvelvoitetta. Lisäksi tarkastelen, toteuttaako julkinen valta uudistuksillaan käytännössä PL:ssa olevia oikeuksia, jos yleisön tietoisuuteen otsikoiden kautta nousevat vain sote-sektorin ongelmat.

1.1 Tutkimuksen aihe ja aiheen rajaus

Tutkimukseni aiheena ovat riittävät terveyspalvelut ja alueellinen yhdenvertaisuus palveluiden osalta sekä näiden edistämiseen liittyvät lainsäädännölliset ratkaisut. Tutkimuksessa tarkastellaan kaikille turvattuja terveyspalveluja, jotka ovat PL:n taseisia oikeuksia. Tarkoituksena on erityisesti tarkastella kriteereitä, joista riittävät palvelut lopulta koostuvat, ja miten julkinen valta erilaisten lainsäädännöllisten keinojen avulla ja kyseiset kriteerit

⁹ Valtioneuvosto 2023, s. 20–22.

huomioiden toteuttaa velvoitetaan ja siten myös alueellisesti yhdenvertaisen hoitoon pääsyn. Aiheen ajankohtaisuus sekä siihen liittyvä, jatkuvasti muuttuva oikeudellinen ympäristö tekee siitä tutkimisen arvoisen.

5

Tutkielmani pääpaino on terveystaloudessa. Tutkin yleisesti sekä palveluiden toteutumista lainsäädännöllisten hankkeiden kautta, mutta myös sitä, miten asuinpaikka kiellettyinä syrjäntäperusteena, painottuu ratkaisussa niin, että samalla alueellinen yhdenvertaisuus toteutuu hoitoon pääsystä lain tavoitteissa kuvatulla tavalla. PL 19.3 §:ssä mainittu sosiaalihuolto sekä terveyden edistäminen rajautuvat siten tutkimuksen ulkopuolelle. En myöskään tarkastele muita kiellettyjä syrjäntäperusteita yhdenvertaisuuden toteuttamisessa, kuin asuinpaikkaa. Lainsäädännöllisiä ratkaisuja tutkiessani keskityn erityisesti niihin uudistuksiin ja ratkaisuihin, joiden katson olevan merkittävässä ja ajankohtaisessa roolissa turvaamisvelvoitteen osalta. Palveluiden riittävyttä on aikaisemmin tutkittu genomitiedon hyödyntämisen osalta *Ella Hannulan pro gradussa*. Lisäksi esimerkiksi alueellisen yhdenvertaisuuden toteutumista on tutkinut *Heidi Huuski-Turunen* ja *Jari Hartzell* omissa tutkielmissaan, mutta näissä alueellisen yhdenvertaisuuden tutkimus on keskittynyt joko sosiaalipalvelujen ympärille tai metodina on käytetty muuta, kuin lainopillista metodologiaa.

Työterveyshuoltolain (1383/2001) nojalla järjestettävällä työterveydenhuollolla ja Kansaneläkelaitoksen sairaanhoitokorvauksilla voidaan toteuttaa myös PL 19.3 §:n sääntelyä. Julkisen terveydenhuollon, työterveyden ja Kelan lisäksi monet muut tuottavat tai kustantavat terveystaloudessa osana yritys- ja järjestötoimintaa. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) ja vakuutuslaitokset tarjoavat lisäksi omille asiakkaille terveystaloudessa.¹⁰ Nämä edellä mainitut väylät, paitsi Kela ja vakuutuslaitokset niiden lisääntyvän roolin vuoksi julkisessa terveydenhuollossa, eivät painotu tutkimuksessa eikä näiden toimijoiden järjestämisessä terveystaloudessa. Yksityisistä toimijoista Kelan sekä vakuutuslaitosten roolia käsitellään vain niiltä osin, jolla niille ollaan siirtämässä lainsäädännöllisin uudistuksin julkiselle vallalle tarkoitettujen terveystaloudellisten palvelujen järjestämisvastuuta samanvertaisena kuin julkisesta hoidosta saatuna.

1.2 Tutkimuskysymys, metodi ja aineisto

¹⁰ Hiilamo 2020, s. 18–19.

Edellä esitetyn aiheen, aiheen ajankohtaisen tilanteen ja tutkimuksen rajauksen pohjalta tutkimuskysymykseni muotoutuu siten seuraavaksi: *“Mistä kriteereistä PL 19.3 §:ssä olevat riittävät terveyspalvelut koostuvat, ja minkäläisten lainsäädännöllisten keinojen avulla*

6

julkinen valta, kyseiset kriteerit huomioiden, pyrkii turvaamaan terveyspalvelut sekä siten alueellisesti yhdenvertaisen hoitoon pääsyn?”

Käytän tutkimuksessani lainopillista metodia eli tutkimus on luonteeltaan valtiosääntödogmatiikkaa. Oikeusdogmaattisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohteena on voimassaoleva oikeus eli normien maailma. Lainopillinen metodi tuottaa kuvaavaa eli deskriptiivistä tiedettä, sillä sen avulla voimassaolevaa oikeuden sisältöä kuvataan ja hahmotetaan. Tulkitsemalla sekä systematisoimalla oikeusnormien sisältöä tarkoitus on tarkastella voimassa olevaa oikeutta ja sitä, minkälaisen merkityksen laki sekä muut oikeuslähteet tässä kontekstissa saavat.¹¹ Oikeusdogmatiikan sisältöön kuuluu oikeusjärjestyksen tai sen erityisalueen tekninen hallitseminen, johon kuuluu esimerkiksi lakien ja alemman asteisten normien osaaminen sellaisina, kuin ne voidaan lakikirjoista lukea. Samoin tulee hallita säännösten systematiikka, jotta on mahdollista ymmärtää säädöksiä eli, miten ne järjestyvät suhteessa toisiinsa ja suhteessa säännösten kokonaisuuteen. Ja jotta voidaan käsittää, millä tavoin säännös tulee ymmärtää, tulee perehtyä oikeuslähdemateriaaliin, kuten lain esitöihin. On myös hahmotettava oikeuden ja yhteiskunnan välistä suhdetta, jotta voidaan ymmärtää, miksi ratkaisu on tietynlainen.¹² Tässä tutkielmassa tutkittavina oikeusnormeina ovat erityisesti perustuslain, sekä terveydenhuoltoa käsittelevä lainsäädäntö. Keskeistä tämän tutkielman osalta on selvittää tärkeimpien oikeusnormien sisältöä sekä tavoitteita ja siten hahmottaa niiden merkitystä käytännössä yhdessä perusoikeusmyönteisen laintulkinnan kanssa.

Tutkimusaineistona käytän muun muassa oikeuskirjallisuutta, sosiaali- ja terveysministeriön hallinnollista aineistoa, lainsäädäntöä kuten perustuslakia, yhdenvertaisuuslakia (1325/2014) terveydenhuoltolakia (1326/2010), ja potilaslakia (785/1992). Hyödynnän esitöitä, kuten hallituksen esityksiä, perustuslakivaliokunnan ja sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausuntoja erityisesti silloin kun selvitän, mitä lainsäätäjät on lausunut riittävyyden kriteereistä tai

¹¹ Hirvonen 2011, s. 21–25.

¹² Aarnio 1989, s. 49–50.

lainsäädännöllisten uudistusten tavoitteista. Lisäksi hyödynnän kansainvälisiä sopimuksia, kuten TSS-sopimusta ja Euroopan sosiaalista peruskirjaa sekä oikeuskäytännöstä KHO:n ratkaisuja ja muita lähteitä, kuten terveysalan ja sosiaalipolitiikan artikkeleita. Näitä artikkeleita voidaan käyttää esimerkiksi sen oikeuttamiseen, miksi alan ammattilaiset pitävät

7

tärkeänä tuottaa lisää lainsäädäntöä kyseiseen aiheeseen liittyen, tai miten lainsäädäntö on tällä hetkellä heidän mielestään puutteellinen. Lisäksi artikkelit saattavat antaa poliittisen näkemyksen jollekin lain säätämiseksi, sillä lopulta oikeudellisessa kehikossa tehtävät muutokset pyrkivät reagoimaan kulloinkin vallitsevaan yhteiskuntapoliittiseen tilanteeseen.

1.3 Tutkielman rakenne

Tutkielman rakenne jakaantuu neljään osaan. Ensimmäisessä osassa, joka koostuu ensimmäisestä ja toisesta pääluvusta, käyn läpi nykyisen tilanteen terveydenhuollon sektorilla sekä kansallisen ja kansainvälisen oikeusperustan oikeudesta terveyteen. Pohdin myös, järjestämisvastuussa olevan tekijän ja hoitotakuun merkitystä yksilön näkökulmasta. Toinen osa koostuu pääluvusta kolme, jossa tutkin, minkälaisista eri tekijöistä riittävät terveyspalvelut koostuvat, samalla kun huomioin tarkastelussa alueellisesti yhdenvertaisen hoitoon pääsyn.

Myöhemmin tutkimuksen pääluvussa neljä ja viisi käyn läpi merkittävimpiä ja ajankohtaisimpia lainsäädännöllisiä hankkeita ja uudistuksia, joita on tehty terveydenhuollon eteen. Esittelen, miten nämä ratkaisut toteuttavat julkisen vallan vastuuta yhdenvertaisesti riittävästä palveluista, joka on samalla tutkimuksen kolmas osa. Tarkastelen myös näiden ratkaisujen hyötyjä ja mahdollisia haittoja. Viimeisessä osassa eli luvuissa kuusi ja seitsemän käsittelen sosiaalisten oikeuksien toteutumisen ongelmia ja kokoan yhteen tutkimuksen tuloksia. Pohdin myös, ovatko tähän mennessä tehdyt uudistukset toteuttaneet tarpeeksi julkisen vallan turvaamisvelvoitetta.

2 TERVEYSPALVELUJEN TURVAAMINEN

2.1 Oikeus terveyteen ja siihen liittyvä lainsäädäntö

Perusoikeutena turvattu oikeus terveyspalveluihin ja siten myös oikeus terveyteen kytkeytyy laajasti eri puolille lainsäädäntöä. PL 19.3 §:n mukaan julkisen vallan tulee turvata riittävät terveyspalvelut jokaiselle siten kuin lailla tarkemmin säädetään. Terveyspalvelut jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. PL 19.3 §:ssä ei määritellä niiden

järjestämistapaa, jolloin säännöksessä ei vaadita esimerkiksi julkisyhteisöjen huolehtivan itse kaikkien palvelujen tuottamisesta.¹³

8

PL 19.3 §:ään vaikuttaa olennaisesti PL 22 §, jota voidaan pitää eräänlaisena suomalaisen perusoikeusjärjestelmän lähtökohtana. PL 22 §:n mukaan julkisen vallan tulee turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen (*toimeksiantovaikutus*)¹⁴, jota TSS-oikeussäännösten erilliset toimeksiannot täydentävät. PL 19.3 § sisältää siten toimeksiantovaikutuksen terveystalouden turvaamisesta valtiota kohtaan.¹⁵ Hallituksen perusoikeusuudistusta koskevan esityksen perusteluissa¹⁶ korostettiin, että turvaamisvelvollisuudesta puhuttaessa kyse ei ole ainoastaan menettelyvaatimuksia koskevasta *muodollisesta* oikeusturvasta. PL 22 § vaatii lisäksi perusoikeuksien *aineellisen* turvaamisen.¹⁷ PL 19.3 § on muotoiltu siten, että siihen sisältyy perustuslaillinen toimeksianto lainsäätäjälle hyväksyä ja pitää voimassa asinomaisia oikeuksia konkretisoivia ja täsmentävää lainsäädäntöä sekä tehdä sellaisia budjettiratkaisuja ja talousarviopäätöksiä, jotka toteuttavat valtion perusoikeudesta johtuvaa vastuuta. Valtion velvollisuutta turvata voimavarojen riittävyys voidaan kutsua *rahoitusperiaatteeksi*. Siitä huolimatta, että perusoikeudet eivät tyhjentävästi määrää talousarviopäätösten ja alemmanasteisen sääntelyn sisällöstä, ne vaikuttavat perustuslaillisina toimeksiantoina niitä alemmanasteisen lainsäädännön asettamisessa sekä niitä konkretisoivien talousarviopäätösten tekemisessä.¹⁸ Toisaalta PL 22 §:n velvoite julkisen vallan perusoikeuksien turvaamisvelvollisuudesta saattaa näyttäytyä ristiriitaisina ratkaisuin, kun budjettioikeudelliset tekijät korostuvat usein lopullisissa ratkaisuisa.¹⁹

Oikeusasiamies on viitannut erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevassa päätöksessään, että silloin kun PL 19.3 §:ssä tarkoitettujen sote-palvelujen taso riippuu tavallisella lainsäädännöllä tehtävien kuntien päätöksistä, kuntien on tällöin esimerkiksi talousarviopäätöksissään pidettävä huolta siitä, säännöksen edellyttämät riittävät palvelut turvataan jokaiselle.²⁰ Lisäksi edellytetään, etteivät kunnat laske ennestään saavutettua palvelun tasoa alle riittävyysminimin.

Perusoikeussäännökset toimivat etusijanormeina talousarviopäätöksissä, kun

¹³ HE 309/1993 vp, s. 71, PeVL 36/2012 vp, s. 2.

¹⁴ Husa 2007, s. 207.

¹⁵ Tuori - Kotkas 2023, s. 249, 303.

¹⁶ HE 309/1993 vp, s. 75.

¹⁷ Tuori - Kotkas 2023, s. 258.

¹⁸ Rautiainen 2013, s. 3.

¹⁹ Husa 2007, s. 207.

²⁰ EOA toimintakertomus 2002, s. 158-162.

hyödynnettävissä olevia resursseja suunnataan eri tarkoituksiin. Pääsäännön mukaan toimeksiantovaikutus koskettaa hyvinvointialueita ja kuntia ainoastaan

9

silloin, jos tavallisella lainsäädännöllä on osoitettu niille tehtäviä terveystalouteihin liittyen.²¹ Turun hallinto-oikeus totesi vuonna 2002 antamassa päätöksessään (T 02/0225/1) kunnanvaltuuston tekemän talousarviopäätöksen olleen lainvastainen, sillä talousarvion ei katsottu turvaavan kunnan vastuulle säädettyjen vammaispalvelutehtävien hoitamista. Päätöstä koskevissa perusteluissa viitattiin muun muassa PL 19.3 ja 22 §:ään.²²

PL 22 §:ää täydentävän toimeksiantovaikutuksen katsotaan kääntöpuolenaan edellyttävän *heikennyskieltoa*. Heikennyskielto merkitsee sitä, että valtio ei täytä sopimuksissa asetettuja toimeksiantoja, mikäli se heikentää sopimuksissa määriteltyjen oikeuksien toteuttamistasoa. Kun PL 19.3 § edellyttää valtion turvaavan sellaiset terveystaloukset, jotka luovat jokaiselle edellytykset toimia täysivaltaisina yhteiskunnan jäseninä, tällöin heikennyskielto kieltää sellaiset terveystalousten tasoja laskevat toimenpiteet, jotka eivät luo edellytyksiä yhteiskunnan täysivaltaiseen jäsenyyteen.²³ Mahdolliset ristiriidat näiden ääritilanteiden välillä on yleensä mahdollista välttää saattamalla alemmanasteinen säännös perusoikeussäännöksen kanssa tulkinnallisesti sopusointuun.²⁴ PeVL tässäkin tapauksessa korosti perusoikeusuudistuksen yhteydessä velvollisuutta *perusoikeusmyönteiseen tulkintaan*.²⁵ Tulkintavaikutus ilmenee myös niin, että hallintoviranomaisten sekä tuomioistuinten tulee valita sovellettavana olevan säännöksen tulkintavaihtoehdoista se, jonka voidaan katsoa parhaimmalla tavalla edistävän oikeuksien tarkoitusten toteutumista.²⁶

Velvoitetta toisaalta rajaavat ne voimavarat, jotka ovat valtion käytettävissä. Näin ollen heikennyskiellon ei voida katsoa olevan ehdoton, vaan se hyväksyy sekä taloudellisen tilanteen huomioon ottamisen oikeuksia toteutettaessa että heikennykset tietyissä olosuhteissa.²⁷ Olennaiseksi kysymykseksi heikennyskieltovaikutusta täsmennettäessä muodostuu se, missä

²¹ Tuori - Kotkas 2023, s. 259, 261, 303.

²² Tuori - Kotkas 2023, s. 261.

²³ Rautiainen 2013, s. 5.

²⁴ Hallberg - Karapuu - Ojanen - Scheinin Tuori - Viljanen 2011, osa III "Sosiaaliset oikeudet".

²⁵ PeVM 25/1994 vp, s. 4.

²⁶ Hallberg - Karapuu - Ojanen - Scheinin Tuori - Viljanen 2011, osa III "Sosiaaliset oikeudet".

²⁷ HE 134/2024 vp, s. 109–110.

laajuudessa julkisen talouden rahoitusvaikeudet ja taloudellinen lama oikeuttavat heikentämään palveluita sillä tavalla, että sitä on pidettävä sosiaalisten perusoikeuksien rajoituksena.

10

Kansainvälisten ihmisoikeussopimusten asettamat velvoitteet tulee myös huomioida arvioitaessa heikennysten sallittavuutta. Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevaan yleissopimukseen (TSS-sopimus, *SopS 6/1976*) ja Euroopan sosiaaliseen peruskirjaan (*SopS 78–80/2002*) katsotaan liittyvän heikennyskieltovaikutus tietyssä laajuudessaan, joka lisäksi hyväksyy soveltamiskäytännössä otettavan huomioon kulloinkin vallitseva taloudellinen tilanne.²⁸ TSS-sopimuksen 2 (2) artiklan mukaan ”jokainen -- sopimusvaltio sitoutuu -- täysimääräisesti käytettävissä olevien voimavarojensa mukaan ryhtymään toimenpiteisiin kaikin soveltuvin keinoin ja varsinkin lainsäädäntötoimenpitein tässä yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksien toteuttamiseksi asteittain kokonaisuudessaan”. Hallitus on katsonut sopimuskohdan merkitsevän, että sopimusvelvoitteet täsmentyvät yhteiskunnallisten olosuhteiden mukaisesti. Artiklassa on myös kyse siitä, että sopimusvaltio velvoittautuu käytettävissä olevilla resursseillaan asteittain edistämään oikeuksien maksimaalista toteutumista ja näin ollen kieltää jo saavutetun tason heikentämisen erinäisillä toimilla.²⁹

Tavallisella lainsäädännöllä annettavat säännökset korostuvat PL 19.3 §:ssä, kun säännös edellyttää ainoastaan riittävyttä. Näin ollen täsmällinen perusoikeuden sisältö muotoutuu perusoikeussäännöksen ja tavallisen lainsäädännöstä muodostuvan sääntelyn pohjalta.³⁰ Erilaisista etuuksista sekä etuuksien saamiseen liittyvistä edellytyksistä ja menettelystä annettavat säännökset annetaan tavallisella lainsäädännöllä.³¹ PL:n perusoikeussäännökset muodostavat perustan terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Ne ohjaavat sekä palvelujen järjestämistä koskevia ratkaisuja että yksittäisen potilaan palvelujen toteuttamista.³²

Kansallisia perustuslaista johdettuja normitason säädöksiä ovat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (potilaslaki, 785/1992). Potilaslaissa on muun muassa säännökset

²⁸ Tuori - Kotkas 2023, s. 252.

²⁹ Rautiainen 2013, s. 5–6.

³⁰ Suviranta 2006, s. 1255.

³¹ HE 309/1993 vp, s. 71, PeVL 48/2006 vp, s. 2, PeVL 11/1995 vp.

³² Nykänen - Laatikainen 2022, s. 344.

liittyen niihin keskeisiin periaatteisiin, joita sisältyy potilaan kohteluun ja hoitoon. Lisäksi perustuslaista johdetuiksi normitason säädöksiksi voidaan katsoa terveydenhuoltolaki (1326/2010), yhdenvertaisuuslaki (1325/2014), sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettu laki (järjestämislaki, 612/2021) ja kuntalaki (410/2015), jotka toimivat keskeisessä osassa asiakkaan oikeudesta terveystalveluihin ja hoitoon pääsyyn.

Lisäksi Suomi on sitoutunut ihmisoikeussopimuksiin, joita voidaan velvoittavuudeltaan pitää perustuslain tasoisina. Tärkeimpinä ihmisoikeussopimuksina voidaan tässä tapauksessa pitää edellä mainittua TSS-sopimusta³³ ja sen 12 artiklaa sekä uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan 11 ja osin 13 artiklaa sekä EU:n perusoikeuskirjan terveyttä koskevia määräyksiä. Nämä molemmat sopimukset turvaavat oikeutta terveyteen. Euroopan neuvoston sopimukset on saatettu voimaan lailla. TSS-sopimuksen asema kansallisessa oikeusjärjestyksessä perustuu ainoastaan asetuksen tasoiseen voimaansaattamissäädökseen.³⁴

Välillisesti muina vaikuttavina perusoikeuksina palvelujen saatavuuteen ja järjestämisen tapaan liittyen voidaan pitää esimerkiksi PL 6 §:n yhdenvertaisuus sekä syrjinnän kieltoa, kuten myös oikeutta elämään, turvallisuuteen sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen (PL 7 §). Myös yksityiselämän suoja (PL 10 §) voidaan katsoa tällaiseksi välillisesti vaikuttavaksi perusoikeudeksi.³⁵ PL 6 §:ään sisältyvä yhdenvertaisuusperusoikeus vaatii toimijoilta samanlaista kohtelua jokaisen yksilön kohdalla, mikä on merkittävää nimenomaan määrärahasidonnaisiin liittyvien palveluiden, kuten juuri terveystalveluiden myöntämisen kohdalla.³⁶ Julkisen vallan tulee varmistaa, että palveluja on yhdenvertaisin perustein tarjolla eri väestöryhmille ja maan eri osissa asuville sekä erilaisiin terveyteen ja hyvinvointiin liittyviin tarpeisiin. Olennaista on tosiasiallinen avun saamisen mahdollisuus riippumatta ihmisen asuinpaikasta, johon vaikuttaa lisäksi alueellinen tarjonta.³⁷

2.1.1 Tarkastelussa asuinpaikka kiellettynä syrjimisperusteena palveluita järjestäessä

Terveystalveluita yleisesti tarkasteltaessa keskityn yhtenä aspektina asuinpaikkaan ja siihen, miten henkilön sijainti vaikuttavana tekijänä saada palveluita, on huomioitu

³³ HE 309/1993 vp, s. 15, 19.

³⁴ Tuori - Kotkas 2023, s. 151.

³⁵ PeVL 36/2012 vp, s. 2, PeVL 26/2017 vp s. 32, PeVL 63/2016 vp s. 2.

³⁶ Vanjusov 2022, s. 79.

³⁷ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 343.

lainsäädännöllisessä ympäristössä. Kuten aikaisemmin mainittiin, erityisesti maaseudulla terveydenhuollon tarjonnan supistuminen ja jopa häviäminen näkyy radikaalimmin. Yhdenvertaisuus yleisesti käsitetään oikeutena, jossa tarkasteltavan toiminnan tai tavoitteen osalta yksilöt eivät olet eriarvoisessa asemassa, ellei siihen ole hyväksyttyä syytä. PL 6.2 §:n nojalla yhdenvertaisuus määritellään siten, ettei ketään saa asettaa eri asemaan henkilöön

12

liittyvän syyn, kuten alkuperän, iän, vammaisuuden, terveydentilan tai kielen perusteella, ellei siihen ole hyväksyttävää syytä.³⁸

Yhdenvertaisuutta koskevassa keskustelussa, alueellisen yhdenvertaisuuden näkökulma tuo asiaan mukaan maantieteellisen ulottuvuuden. Näkökulma sitoo yhteen alueellisen sekä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden (spatial justice) tarkastellen samaan aikaan eri alueiden välillä tapahtuvaa palvelujen eriarvoista jakautumista. Tässä tapauksessa huomio kiinnittyy palvelujärjestelmän kykyyn identifioida erilaisten alueiden moninaisuus sekä moninaisuuteen liittyvä tarpeiden erilaisuus.³⁹

Vaatus oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta sekä tosiasiallisen tasa-arvon ajatuksesta ilmaistaan PL 6 §:ssä. Pykälän 1 momenttiin sisältyy yleinen yhdenvertaisuuslauseke ja 2 momentissa ilmaistaan syrjintäkielto. Yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon pääperiaatetta ilmentetään yhdenvertaisuuslausekkeen avulla. Lausekkeeseen sisältyy myös vaatimus kohdella samanlaisia tapauksia samalla tavalla sekä mielivallan kielto, joka kohdistuu lainsäätäjään.⁴⁰ PL 6.2 §:ssä oleva syrjintäkielto täydentää yleistä yhdenvertaisuussäännöstä. Lain kohdan nojalla yksilöitä ei ole mahdollista, ilman hyväksyttävää perustetta, asettaa eri asemaan mainittujen erotteluperusteiden eikä yksilöön liittyvän muun syyn vuoksi. Muun muassa asuinpaikka voidaan katsoa tällaiseksi muuksi yksilöön liittyväksi syyksi.⁴¹ Euroopan unionin perusoikeuskirjan 21 artiklan 1 kohdassa on myös listattu samankaltaisia perusteita. Myös Euroopan ihmisoikeussopimuksen 14 artiklalla sekä 12. lisäpöytäkirjan 1 artiklalla voidaan katsoa olevan merkitystä säännöksen tulkinnassa.

³⁸ Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Yhdenvertaisuuden käsitteet 2023. thl.fi

³⁹ Rantamäki - Kattilakoski - Halonen 2021, s. 385.

⁴⁰ HE 309/1993 vp, s. 42, PeVM 25/1994 vp, s. 7.

⁴¹ Esim. PeVL 26/2017 vp, s. 36–41 ja 44–45 ja PeVL 67/2014 vp, s. 3.

PL 6.1 §:n yleisestä yhdenvertaisuussäännöksestä ei johdu lainsäätäjän harkintavallalle tarkkoja rajoja. Sen sijaan säännös tarjoaa laajaa harkinnanvaraa pyrittäessä erilaisten yhteiskuntakehitysten vaatimaan sääntelyyn.⁴² On kiistatonta, että PL 6 § edellyttää lähtökohtaisesti samaa kohtelua asuinpaikan sijainnista huolimatta. Maantieteellistä kriteeriä ei voida pitää vain PL 6.2 §:ssä pidettynä perusoikeusjärjestelmä hyväksyttävänä perusteena, sillä sen kokonaisuuteen voidaan katsoa kuuluvaksi myös asuinpaikan valitsemisen vapaus

sekä maassaliikkumisoikeus.⁴³ Oikeudellisesti alueellinen saavutettavuus kiinnittyy PL 9 §:ään eli vapauten liikkua maassa ja oikeuteen valita asuinpaikkansa.

Julkiselta vallalta saatetaan edellyttää positiivisia keinoja edistää yksilön oikeutta valita asuinpaikkansa, jolloin valinta asuinpaikasta voi todellisuudessa tulla mahdolliseksi. PeVL:n esitöissä on korostettu liikkumisvapauden tosiasiallista toteutumista.⁴⁴ Kuten aikaisemmin todettiin, lailla ei voida asettaa yksilöitä eikä ihmisryhmiä mielivaltaisesti toisiinsa verrattuna edullisempaan tai epäedullisempaan asemaan. Lauseke ei siitä huolimatta vaadi jokaisessa tilanteessa kaikkien ihmisten samanlaista kohtelua, mikäli asiassa vaikuttavat olosuhteet eivät ole samanlaisia.⁴⁵ PeVL on pitänyt tärkeänä jo sote-järjestelmän kokonaisuudistusta sekä kunta- ja palvelurakennuudistusta arvioidessaan, että uudistuksien toimeenpanovaiheessa huomiota kiinnitetään nimenomaan maan eri osissa asuvien kuntalaisten todellisiin mahdollisuuksiin saada perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta välttämättömiä palveluja sekä yhdenvertaista kohtelua.⁴⁶

Kaikenlaista erottelua yksilöiden välillä ei ole kielletty syrjintäkieltosäännökselläkään, vaikka erottelu pohjautuisi nimenomaan itse säännöksessä mainittuun syyhyn. Tällöin on olennaista, voiko perusoikeusjärjestelmän kannalta erottelun tehdä hyväksyttävällä keinolla.⁴⁷ Tässä tapauksessa vaatimukset, jotka asetetaan perusteluille ja erityisesti kielletyille

⁴² Mäki-Lohiluoma 2022, s. 250.

⁴³ PeVL 59/2001 vp, s. 3.

⁴⁴ HE 309/1993 vp, s. 51.

⁴⁵ Ks. esim. HE 309/1993 vp, s. 42–43 ja PeVL 67/2014 vp, s. 11.

⁴⁶ Ks. esim. PeVL 26/2017 vp, s. 36–41.

⁴⁷ Ks. esim. PeVL 46/2006 vp, s. 2 ja PeVL 31/2014 vp, s. 7.

erotteluperusteille, ovat korkealla.⁴⁸ Valiokunnan mukaan poikkeamista PL 6.2 §:ssä ilmenevästä syrjintäkiellosta ei saada perustella esimerkiksi säästötavoitteilla sellaisenaan.⁴⁹

Mikäli kokeilulle on havainnollistettavissa hyväksyttävä tavoite PeVL on katsonut, että kokeilulainsäädäntö, joka johtaa jonkinasteiseen erilaisuuteen, on sinällään hyväksyttävä yhdenvertaisuuden osalta. PeVL on tällöin painottanut, että yhdenvertaisuuden periaatteesta ei siinä tapauksessa aiheudu lainsäätäjän harkintaa kohtaan kapeita rajoja. Lisäksi valiokunta on todennut, että alueellisessa suhteessa muodollisesta yhdenvertaisuudesta on mahdollista tinkiä, mikäli kokeilu joissakin rajoissa muodostaa sille hyväksyttävän perusteen.⁵⁰

14

Edellä todetun perusteella herää kysymys, mikä on tällainen hyväksyttävä peruste, jolla yhdenvertaisuudesta voidaan joustaa alueellisessa suhteessa, ellei yhteiskunnan säästötavoitteita ole aiemmin pidetty tällaisena syynä. Tällä hetkellä vastakkain ovat yhteiskuntakehityksen vaatima sääntely - eli rahoitusvajeen paikkaus julkisella sektorilla - ja toisaalta määrärahasidonnaisuuden asema terveyspalveluissa ja asuinpaikka kielletynä erotteluperusteena. Jälkimmäistä näkemystä suosii maassaliikkumisoikeus, asuinpaikan valitsemisen vapaus ja yhdenvertainen kohtelu määrärahasidonnaisten palvelujen toteuttamisessa.

Nykyään palveluita keskitetään suurimpiin kasvukeskuksiin erilaisin keinoin. Kriittinen kohta järjestelmään syntyy esimerkiksi silloin, kun julkisen vallan tekemä arvio ei kohtaa sen tarpeen kanssa, mikä syntyy yksilöiden oikeudesta saada tarpeelliset palvelut. Useimpien tavallisten lakien rajoissa oikeutta terveydenhuoltoon arvioidaan henkilön tarpeita vasten. Määrärahasidonnaisten terveyspalvelujen, toteuttaminen tulee sovellettavaksi lähinnä yhdenvertaisuusperiaatteen pohjalta. Henkilöitä on kohdeltava samanlaisissa tilanteissa samalla tavalla määrärahojen riittävydestä riippumatta.⁵¹ Tämä ristiriitainen asetelma näkyy myös myöhemmin toteutettujen lainsäädäntöratkaisujen kohdalla.

Edistämis- ja turvaamisvelvollisuuksien muotoon kirjoitetut ja taloudellisia voimavaroja vaativat perusoikeudet, kuten juuri PL 19.3 §, joutuvat todelliseen testiin käsillä olevan taloudellisen taantuman aikana. Samalla kun julkistalous on muutoinkin tiukalla,

⁴⁸ Ks. esim. HE 309/1993 vp, s. 44, PeVL 23/2012 vp, s. 2 ja PeVL 38/2006 vp, s. 2.

⁴⁹ PeVL 55/2016 vp, s. 4.

⁵⁰ PeVL 24/2017 vp, s. 3

⁵¹ Arajärvi 2011, s. 55.

suhdannepolitiikka saattaa edellyttää niukkenevien taloudellisten voimavarojen kohdentamista esimerkiksi sellaisiin elvytystoimiin, jotka eivät sinänsä liity perus- ja ihmisoikeuksien edistämiseen ja turvaamiseen.⁵² Terveystenhuollon *velkamäärää on pyritty ensisijaisesti taittamaan terveyspalvelujen saatavuutta nipistämällä*, niin ettei niitä välttämättä ole saatavilla yhtä hyvin, vaikka palveluihin tarkoitettua rahoitusta ei pienennettäisi merkittävästi. Tämä toisaalta ei taas toteuta sitä näkemystä, että asuinpaikan ei tulisi näkyä asiakkaan terveyspalveluiden riittävydessä.

2.2 Asiakkaan lainsäädännöllinen asema terveydenhuollossa

2.2.1 Järjestämisvastuu

Asiakkaan oikeuksien näkökulmasta terveydenhuollossa merkitsee konkreettisimmin se lainsäädäntö, joka säätelee nimenomaan potilaan oikeuksista, hoidon laadukkuudesta, hoitotakuusta ja palveluvalikoimasta sekä lainsäädäntöön vaikuttavista muutoksista ja niistä oikeuksista, jotka koskevat järjestämisvastuussa olevaa osapuolta. Säännönmukaisissa, ongelmattomissa ja riidattomissa tilanteissa yksityisen asema muotoutuu siten lainsäädännön, hoitopäätösten ja varsinaisen hoidon summana.⁵³

Sote-huollon uudistus toteutettiin vuoden 2023 alussa, jolloin perus- sekä erityistason sote-huollon järjestämisvastuu siirtyi kunnilta uudistuksessa perustettaville hyvinvointialueille. Hyvinvointialueiden ja osittain kuntien velvollisuudesta terveyspalvelujen järjestämiseen säädetään erityisesti terveydenhuoltolaissa, kuntalaissa ja järjestämislaissa. Järjestämislaissa tarkennetaan muun muassa järjestämisvastuun jakoon liittyviä säännöksiä verrattuna tämän hetkiseen sote-huollon lainsäädäntöön sekä kuntalakiin.⁵⁴ PL:n asettamassa veloitteessa taata riittävä terveydenhuolto on ensisijaisesti kyse järjestämisvastuusta.⁵⁵ PeVL on linjannut, että PL:ssa asetetusta velvollisuudesta varmistaa terveydenhuollon palvelut seuraa vaatimus, että sen toimijan, jonka tehtäväksi terveydenhuollon järjestäminen on säädetty, on ylläpidettävä asianmukaisesti omaa palvelutuotantoa, jotta se voi kaikissa tilanteissa turvata jokaiselle

⁵² HE 309/1993 vp, s. 35 ja Rautiainen 2013, s. 19.

⁵³ Suviranta 2006, s. 1255.

⁵⁴ HE 241/2020 vp, s. 192.

⁵⁵ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 345.

yksilölle hänelle turvatut oikeudet.⁵⁶ Palveluja ei näin ollen voi jättää täysin esimerkiksi yksityisen tuotannon varaan, koska silloin niiden saatavuus voisi vaarantua vaikkapa markkinoiden häiriötilanteessa.⁵⁷

PL 19.3.§:ssä ei määritellä tapaa, jolla palvelut on järjestettävä. Tällöin julkisyhteisöjä ei itse edellytetä esimerkiksi huolehtimaan kaikkien terveystalvelujen tuottamisesta. Julkisella vallalla on siis velvollisuus varmistaa avun riittävyys, mutta sillä ei ole velvollisuutta tuottaa itse palveluja.⁵⁸ Tällöin se voi hankkia niitä myös muualta ulkoistamalla tuottamisvastuun. Tämä tarkoittaa esimerkiksi palveluiden hankkimista

16

yksityiseltä palveluntuottajalta tai myöntämällä asiakkaalle palvelusetelin.⁵⁹ Tuottamisvastuun ulkoistamiseen liittyy eräitä vaatimuksia. Mikäli tuottamisvastuu siirtyy julkiselta vallalta jonkun toisen vastuulle, palvelun järjestäjällä on vastuu siitä, että hänellä on vaadittavat taloudelliset ja muut voimavarat sekä edellytykset tällaisen järjestämistehtävän hoitamiseen.⁶⁰

Yksityisen palvelutuotannon käyttöön vaikuttaa myös se, että julkiset terveydenhuollon palvelut ovat luonteeltaan julkisia hallintotehtäviä. Tällaisia tehtäviä voidaan antaa yksityisten toimijoiden vastuulle vain perustuslain 124 §:ssä säädetyin edellytyksin. Sääntelyn lähtökohtana on, että julkiset hallintotehtävät kuuluvat julkisen vallan vastuulle ja niitä voidaan vain poikkeuksellisesti antaa hallinnon ulkopuolisille toimijoille. Tehtävän siirrosta tulee säätää lailla, tai sen tulee tapahtua laissa säädetyin toimivaltuuden nojalla. Tämän lisäksi edellytyksenä on, että tehtävän siirto on tarpeellista sen hoitamiseksi tarkoituksenmukaisesti. Terveystalvelujen kohdalla tarkoituksenmukaisuuden vaatimus voi täytyä esimerkiksi, jos tehtävien siirto on tarpeen saatavuuden turvaamiseksi.⁶¹

PL 19.3 §:n turvaamisvelvoitetta konkretisoidaan lainsäädännössä monin tavoin. Väestön tarpeeseen vastataan hyvinvointialueiden järjestämistä vastuulle kuuluvilla palveluilla, joiden sisällöstä säädetään pääpiirteittäin terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kunnan vastuulle

⁵⁶ PeVL 17/2021 vp, s. 18, PeVL 15/2018 vp, s. 16, 18–19.

⁵⁷ PeVL 26/2017 vp s. 39–41.

⁵⁸ HE 309/1993 vp, s. 71.

⁵⁹ Tuori - Kotkas 2023, s. 70.

⁶⁰ PeVL 15/2018 vp, s. 20.

⁶¹ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 346.

kuuluu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestäminen. Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan tulee kuulua sairaanhoitopiirin kuntayhtymään (erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, 3 §). Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan muun muassa terveyden edistämistä, väestön terveydentilan seuranta, suun terveydenhuolto, terveystarkastuksia, työterveyshuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta sekä mielenterveys- ja päihdetyötä (terveydenhuoltolaki 3 § 2 kohta). Erikoissairaanhoidon taas kuuluu lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja (terveydenhuoltolaki 3 § 3 kohta).⁶²

Kunnan velvollisuutta turvata terveydenhuollon palvelut konkretisoidaan kunnan järjestämisvastuuta koskevalla sääntelyllä. Yleissäännös järjestämisvastuusta on kuntalain 8 §:ssä. Kunta voi pykälän mukaan siten toteuttaa sille laissa kuuluvat tehtävät, kuten terveydenhuollon järjestämisen, itse tai toisen kunnan tai kuntayhtymän kanssa sopia järjestämisvastuun siirtämisestä. Järjestämisvastuuseen kunnan kohdalla kuuluu esimerkiksi palvelujen laadun, määrän sekä tarpeen määrittämiseen, yhdenvertaiseen saatavuuteen ja tuottamistavasta päättämiseen kuuluva vastuu (kuntalain 8.2 §). Palvelujen tuottamisesta säädetään kuntalain 9 §:ssä, joka on erotettuna järjestämisvastuusta. Kunta voi pykälän mukaan tuottaa ne joko itsenäisesti tai sopimukseen perustuen hankkia ne joltain toiselta tuottajalta.⁶³ Kuntalain yleisiä säännöksiä täydennetään terveystalouden palvelujen järjestämisen osalta terveydenhuoltolakiin sisältyvällä erityissääntelyllä. Terveydenhuoltolain mukaan palvelut tulee järjestää sekä laajuudeltaan että sisällöltään niin kuin alueen väestön hyvinvointi, terveydentila, sosiaalinen turvallisuus, potilasturvallisuus ja tarve edellyttävät (10.1 §). Yhdenvertaisesta saatavuudesta sekä järjestämisestä on huolehdittava koko kunnan alueella (10.2 §).⁶⁴

Tärkeimpinä hyvinvointialueista ja niiden toiminnasta säätelevinä lakeina voidaan pitää lakia hyvinvointialueista (611/2021), joka sisältää tarkempaa sääntelyä sote-huollon järjestämisestä

⁶² Nykänen - Laatikainen 2022, s. 348.

⁶³ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 351.

⁶⁴ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 352.

sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettua lakia (612/2021, järjestämislaki). Hyvinvointialueille kuuluvasta terveydenhuollon järjestämisvastuusta säädetään pääpiirteissään kuntien järjestämisvastuuta vastaavasti, mutta yksityiskohtaisemmin. Hyvinvointialueiden velvollisuutena on varmistaa riittävien terveyspalvelujen yhdenvertainen saatavuus. Hyvinvointialueista ja niiden toiminnasta selostetaan tarkemmin pääluvussa neljä.

2.2.2 Hoitotakuu

Terveydenhuollosta käytävään yhteiskunnalliseen keskusteluun ilmestyi 2000-luvun alussa muun muassa hoitotakuun -käsite. Termillä viitataan sosiaalioikeudelliseen lainsäädäntöön täydennettyihin enimmäisaika- sekä määräaikasäännöksiin. Säännösten tavoitteena voidaan katsoa olevan esimerkiksi sote-palveluiden järjestämisvastuun täsmentäminen, kansalaisten

yhdenvertaisuuden lisääminen palveluiden saatavuuden osalta ja tarvearvioinnin nopeuttaminen. Enimmäisaikasäännöksillä pyritään varmistamaan PL 19.3 §:ää.⁶⁵

Hoitotakuulainsäädännössä on näin ollen kysymys, missä ajassa sekä miten yksilöllinen tarvearvio ei-kiireellisen hoidon osalta tulee tehdä ja järjestää.⁶⁶ Lainsäädännöllä on täsmennetty, missä ajassa järjestäjätahon tulee huolehtia sille jo aiemmin kuuluneista velvollisuuksista arvioida hoidon tarve sekä järjestää asukkaidensa terveydentilan edellyttämä ei-kiireellinen hoito perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Yksityisen ja julkisen vallan välisen terveyspalveluja koskevan oikeussuhteen näkökulmasta lainsäädännöllä on tarkennettu primäärivelvollisuuden ajankohtaa.⁶⁷

Hoitoon pääsyn aikarajoista säädetään terveydenhuoltolain 1326/2010 51–53 §:ssä. Perusterveydenhuollossa hoitotakuu on ollut 14 vuorokautta (51 a §) ja neljä kuukautta suun terveydenhuollossa (51.1 b §). Vuoden 2025 alusta alkaen suun terveydenhuollossa hoitotakuu kuitenkin muuttui kuuteen kuukauteen ja perusterveydenhuollossa kiireettömän hoidon osalta kolmeen kuukauteen. Terveydenhuoltolain 54.1 §:n nojalla asiakkaalla on oikeus saada joko

⁶⁵ HE 77/2004 vp, s. 6, 28–29 ja Kotkas 2009, s. 214.

⁶⁶ StVM 13/2004 vp, s. 4.

⁶⁷ Suviranta 2006, s. 1262.

palveluseteli tai maksusitoumus, jonka toinen palveluntuottaja tarjoaa, jos hoitotakuuajan rajojen puitteissa asiakas ei saa julkisesta terveydenhuollosta apua, jota hän tarvitsee.

3 RIITTÄVÄT TERVEYSPALVELUT

Kuten aiemmin todettiin, julkisen vallan vastuulla on järjestää PL 19.3 §:ssä turvatut terveyspalvelut. Säännös on ajan kuluessa kuitenkin aiheuttanut monenlaista tulkintaa sekä PeVL:n että KHO:n oikeuskäytännössä, sillä säännöksessä vaaditaan ainoastaan palvelujen riittävyyttä, mutta ei mitään tiettyjä keinoja kyseisen vaatimuksen täyttämiseksi.⁶⁸ PeVL on todennut, että säännöksen sanamuoto on asetettu ongelmallisen korkealle. Lisäksi valiokunta toteaa säännöksen olevan varsin tulkinnanvarainen ja sen passiivimuoto korostaa soveltamisen harkinnanvaraisuutta.⁶⁹ Palveluista puhuttaessa ei tarkoiteta ainoastaan

19

viimesijaista turvaa.⁷⁰ Toisaalta valiokunta on pitäytynyt yleisissä linjauksissa todeten terveyspalvelujen riittävyyden tulkinnan olevan hankalaa.⁷¹ Esitöissä on vakiintuneesti palvelujen tasoa tarkastellessa katsottu, että lähtökohtana pidetään sellaista tasoa, joka antaa yksilölle edellytykset toimia yhteiskunnassa sen täysivaltaisena jäsenenä.⁷² Palveluja arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota myös niistä perittäviin asiakasmaksuihin. Maksut eivät saa siirtää palveluja niitä tarvitsevien tavoittamattomiin tai johtaa siihen, että ihmisten tulee turvautua viimeisijaisiin PL 19.1 §:ssä toteuttaviin tukimuotoihin.⁷³

KHO on katsonut ratkaisuisaan, että terveyspalveluja voidaan priorisoida. Haasteeksi muodostuu arvioida kunnassa noudatettujen priorisointiperusteiden lainmukaisuus. Palveluja ja potilaita etusijajärjestykseen laitettaessa, on huomioitava syrjäntäkielto sekä potilaan terveydentila ja tarve.⁷⁴ KHO totesi esimerkiksi ratkaisussaan 2002:43, ettei kunta voinut omasta toimestaan kieltää fysioterapiaa asiakkaalta, jolla oli siihen sairautensa vuoksi edellyttämä tarve vain sen vuoksi, koska asiakas kuului tiettyyn ikäryhmään. Tästä KHO:n

⁶⁸ HE 309/1993 vp, s. 71.

⁶⁹ PeVL 15/2018 vp, s. 23.

⁷⁰ HE 197/2022 vp, s. 9.

⁷¹ PeVL 15/2018 vp, s. 23.

⁷² HE 309/1993 vp, s. 71, PeVL 39/2010 vp, s. 5.

⁷³ Tuori - Kotkas 2023, s. 287.

⁷⁴ Liljeström 2003, s. 93.

linjauksesta voidaan tehdä johtopäätöksiä. Vaikka terveystalvet eivät siis ole subjektiivisia oikeuksia, jotka tulee toteuttaa määrärahoista välittämättä, on mahdollista, että budjettioikeudelliset käsitteet menettäisivät merkitystään tiettyjen perusoikeuksien, kuten terveystalveluiden tapauksessa. KHO vetosi ratkaisussaan yleisellä tasolla PL 19.3 §:ään, mutta varsinaisina ratkaisunormeina painotettiin PL 6 §:n yhdenvertaisuus- ja syrjintäkieltosäännöstä sekä potilaslain 3 §:n syrjintäkieltoa.⁷⁵ Oikeus painotti tämän suhteen paitsi valtion ja kuntien velvollisuutta asianmukaisista toimenpiteistä, mutta myös tuomioistuimen velvollisuutta PL 22 §:n mukaiseen perusoikeusmyönteiseen tulkintaan nimenomaan perus- ja ihmisoikeuksien riittäväksi toteuttamiseksi.⁷⁶

Lisäksi ratkaisussa 2002:61, jossa oli kyse tietyn asiakasryhmän sulkemista pois kunnallisten kuntoutustalvelujen piiristä pelkästään ikään perustuen, KHO on todennut, että riittävyyden yleiseen lähtökohtaan, siis kykyyn toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä liittyy, ettei “riittäviksi katsottavia terveystalveluja voida useinkaan turvata asettamatta terveydenhuollon

20

toimintoja etusijajärjestykseen”. *Olennaista on silloinkin, ettei yhdenvertaisuus- ja syrjintäkieltosäännöksiä rikota.*⁷⁷

Seuraavaksi tarkoituksena on esitellä tarkemmin ne kriteerit, joista riittävien terveystalveluiden on katsottu lainsäätäjän mukaan koostuvan.

3.1 Talveluiden yhdenvertainen saatavuus

Hallituksen esityksessä 309/1993 on todettu PL 19.3 §:n keskeisenä kriteerinä turvata jokaiselle terveystalvet, johon kuuluu velvollisuus varmistaa niiden *saatavuus*.⁷⁸ Saatavuus (availability) tarkoittaa sitä, että terveystalveluja on ylipäänsä oltava saatavana hyväksyttävä määrä⁷⁹. Tähän voidaan siten ajatella liittyvän *määrällinen* ulottuvuus.⁸⁰ Saatavuus taas kiinnittyy *tosiasialliseen tarpeeseen*. Ihmisten terveydentilaan sekä sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviin erilaisiin tarpeisiin vastataan talveluilla, jossa arvioinnin lähtökohtana on edellä

⁷⁵ Kotkas 2013, s. 228–229.

⁷⁶ Lönnfors 2005, s. 20.

⁷⁷ Kotkas 2013, s. 228.

⁷⁸ HE 309/1993 vp, s. 71.

⁷⁹ CESCR General Comment No. 13: The Right to Education, kappale 6.

⁸⁰ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 342.

mainittu taso eli taso, joka antaa henkilölle edellytykset toimia yhteiskunnassa sen täysivaltaisena jäsenenä. Viime kädessä tämä taas vaatii yksilökohtaista arviointia riittävydestä. Palveluja tulee siis olla sen verran, että ne vastaavat jokaisen yksilön – ei vain keskivertokansalaisen – tarpeisiin kaikissa tilanteissa.⁸¹

Aikaisemmin tarkasteltiin pääpiirteittäin terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevaa tahoja. Hyvinvointialueille siirtyneen vastuun tausta-ajatuksena on ollut erityisesti saatavuuden, tarpeen, vaikuttavuuden, laadun sekä yhdenvertaisuuden arvioiminen (järjestämislain 29 §).⁸² Hyvinvointialueiden velvollisuutena on varmistaa niiden yhdenvertainen saatavuus. Riittävyys määrittyy väestön tarpeiden perusteella, ja tarpeita selvitetään eri väestöryhmien asemaa, alueen olosuhteita ja järjestelmän toimintaa seuraamalla.⁸³ Käytännössä tarpeiden määrittely kiteytyy palveluvalikoimaan. Myös asiantuntevan henkilöstön määrä on avainasemassa siinä, että hoidon tarpeessa olevat asiakkaat saavat asianmukaisesti ja ajallaan hoitoa.

21

Olennaisena tekijänä määrällisen saatavuuden turvaamisessa ovat lisäksi taloudelliset resurssit eli valtiolta hyvinvointialueille suunnattu rahoitus.⁸⁴ Valtion verolla kerätty rahoitus toimii rahoituksena perusteena, kun kyseessä on valtion järjestämä terveydenhuolto.⁸⁵ Edelleen rahoituslähde muodostuu käyttäjien asiakasmaksuista.⁸⁶ Maksupolitiikalla on tärkeä osa järjestelmän oikeudenmukaisuutta, saavutettavuutta ja toimeenpanoa ajatellen.⁸⁷ Taloudellisten resurssien merkitys korostuu esimerkiksi silloin, kun terveystalouden riittävyyden tai yhdenvertaisuuden vaarantuminen toimii syynä käynnistää hyvinvointialueen arviointimenettely (järjestämislain 27 §). Viime kädessä alueen itsenäinen olemassaolo saattaa lakata arviointimenettelyn johdosta (hyvinvointialue- ja maakuntajakolain 614/2021, 2 §, 5 §, 10 §). Kysymys riittävyyden arvioinnista muodostuu nykyään yhä tärkeämmäksi hyvinvointialueiden järjestämisvastuussa.

⁸¹ HE 309/1993 vp s.71, PeVL 17/2021 vp, s. 18.

⁸² Ks. esim. PeVL 15/2018 vp s. 6

⁸³ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 354.

⁸⁴ Mäenpää 2017, s. 173.

⁸⁵ PeVM 25/1994, s. 44.

⁸⁶ Arajärvi 2011, s. 534.

⁸⁷ Arajärvi 2011, s. 542.

Terveyspalvelujen saatavuus kiteytyy siten määrällisenä aspektina erityisesti sen määrärahasidonnaiseen luonteeseen ja vaihtelevaan rahoitukseen, joka taas heijastuu muun muassa asiakasmaksuihin, palkattavaan ammattihenkilöstöön ja palveluvalikoiman laajuuteen. Määrällinen saatavuus heijastuu suoraan palveluihin ja siihen, miten paljon niitä on saatavilla harvemmin asutuilla alueilla. Julkisen vallan turvaamisvelvollisuuden ja perusoikeusmyönteisen tulkinnan näkökulmasta määrällisesti turvattu terveydenhuolto näkyy ideaalitulanteessa asiakkaille monipuolisena hoitona, jota turvaavat hallituksen budjetissa taattu oikeudenmukainen ja tarpeeseen vastaava rahoitus, joka huomioi myös alueellisen yhdenvertaisuuden. PeVL on huomauttanut, että perustuslailliset toimeksiannot, kuten PL 19.3 §, ovat tärkeitä nimenomaan lainsäätäjän toiminnassa ja ne on tule huomioida käytettäessä budjettivaltaa.⁸⁸

3.2 Terveydenhuollon saavutettavuus

Terveyspalvelujen toteuttamiseen ja riittävyteen vaikuttavat PeVL esitöiden mukaan yhdenvertaisuusperusoikeus ja syrjintäkielto.⁸⁹ Julkisen vallan tulee siten varmistaa, että terveydenhuollon palveluja on nimenomaan yhdenvertaisin perustein tarjolla eri

22

väestöryhmille ja maan eri osissa asuville sekä erilaisiin terveyteen ja hyvinvointiin liittyviin tarpeisiin. Lisäksi on tärkeää, että riippumatta asuinpaikasta, ihmisillä on todellinen palveluihin pääsyn mahdollisuus. Tähän vaikuttavat palvelujen alueellinen tarjonta ja saavutettavuus.⁹⁰ *Saavutettavuus* (accessibility) käsitteenä tarkoittaa sitä, että tarvittavien palveluiden tulee olla kohtuudella kaikkien saavutettavissa.⁹¹ Perustuslaki, mutta myös järjestämislain 4 § asettaa edellä kuvatuin tavoin julkiselle vallalle sekä hyvinvointialueille toimeksiannon varmistaa saatavilla olevat terveyspalvelut yhdenvertaisesti ja ohjaa tämän velvoitteen toteuttamista.⁹² Toimeksianto kohdistuu ensisijaisesti valtioon.⁹³ Näin ollen saavutettavuus osana vaikuttavuuden kriteereitä kiinnittyy yhdenvertaisuuden perusoikeuteen (PL 6 §), joka konkretisoituu käytännössä terveyspalveluiden osalta eri tasoilla.

⁸⁸ PeVL 19/2016 vp, s. 2, PeVL 32/2014 vp, s. 2/II.

⁸⁹ Ks. esim. PeVL 17/2021 vp, s. 17.

⁹⁰ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 343.

⁹¹ CESCR General Comment No. 13: The Right to Education, kappale 6.

⁹² Mäenpää 2017, s. 173.

⁹³ Tuori - Kotkas 2023, s. 286.

Myöhemmin käsiteltävien lainsäädännön uudistusten kohdalla on mahdollista havainnoida, miten alueellinen yhdenvertaisuus on huomioitu, mutta pidetty myös jokseenkin toissijaisessa asemassa. Tässä tutkielmassa saavutettavuus korostuu erityisesti kolmessa eri tasossa eli institutionaalisenä, alueellisena sekä digitaalisena saavutettavuutena.

3.2.1 Institutionaalinen saavutettavuus

Heidi Vanjusovin väitöskirjatutkimuksessa⁹⁴ on puhuttu käsitteestä *institutionaalinen saavutettavuus*, joka pyrkii näyttäytymään lainsäädännössä mahdollisimman johdonmukaisena, tehokkaana ja monipuolisena normikokonaisuutena palvelujen osalta. Institutionaalisesta saavutettavuudesta puhuttaessa on kysymys siitä, ettei hoitoon pääsyyn tulisi muodostua esteitä viranomaisten organisatorisesta järjestäytymisestä eikä toiminnasta johtuen. Viranomaisen tulee siten noudattaa yleisiä menettelysäännöksiä. Merkityksellistä on se, että asiakas saa niitä palveluita, joihin hänellä on oikeus sekä hoidon tarpeensa että yleis- tai erityislainsäädännön nojalla.⁹⁵

Lainsäädännössä on laajasti turvattu asiakkaan oikeudet saada tarpeisiinsa vastaavaa yhdenvertaista hoitoa. Esimerkiksi potilaslain 3.1 §:n mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun, jotka pitää toteuttaa syrjimättä sellaisten resurssien puitteissa, joita on kunkin tilanteen mukaisesti käytettävissä. Näin ollen lain nojalla ei ole subjektiivista oikeutta kaikkien ajateltavissa olevan hoitoon. Toisaalta järjestämislain 8.2 §:n nojalla hyvinvointialueella on oltava asianmukainen toimintakyky, valmius sekä osaaminen, jotta se voi järjestää palveluja palvelutarpeen vaatimalla tasolla. Lisäksi hyvinvointialueen käytössä tulee olla edellä mainittujen vaatimusten toteuttamiseksi tarpeeksi terveydenhuollon ammattihenkilöstöä sekä moniammatillista asiantuntemusta.⁹⁶

Hyvän lainsäädäntökokonaisuuden voidaan katsoa olevan merkityksellinen tekijä institutionaalisen saavutettavuuden toteutumisessa. Normikokonaisuuden selkeys, jota

⁹⁴ Vanjusov 2022, Saatavilla, mutta ei saavutettavissa? Sosiaalioikeudellinen tutkimus päihdepalveluihin pääsystä.

⁹⁵ Vanjusov 2022, s. 103.

⁹⁶ Arajärvi 2011, s. 355.

sovelletaan vaikuttaa siihen, kuinka helposti keskeisimmät lainsäädännön tavoitteet toteutuvat niissä tilanteissa, joissa muut kuin juridiikan ammattilaisten ovat lain soveltajina. Terveystieteidenhuollossa toimivat henkilöt tekevät päätelmiään lainsäädännöstä ja sitä kautta syntyvän ymmärryksen pohjalta toimivat käytännössä. Asiakkaan oikeuksien toteutumiseen voi vaikuttaa merkittävästikin, jos lainsäädäntö on hankalasti tulkittavaa tai puolestaan monitulkintaista. Näin ollen, asiakkaan oikeuksien toteutumisessa terveydenhuollon työntekijät ovat eräänlaisia “portinvartijoita”, sillä heidän juridisesta ymmärryksestä sekä osaamisesta on riippuvaista, miten syvällisesti ja monipuolisesti hoitotoiminnassa asiakkaan oikeudet todellisuudessa huomioidaan.⁹⁷ Tällöin korostuu myös lainsäätäjän ja etenkin PeVL rooli, jonka tehtävänä on luoda ajankohtaiseen yhteiskunnalliseen tilanteeseen soveltuvia selkeitä säännöksiä ja tulkintoja.

Edelleen yhdenvertaisuuden tulee vaikuttaa sekä kaikilla tavoilla että tasoilla. Yhdenvertaisuuteen pitää siten kiinnittää huomiota jo resursointi- ja suunnitteluvaiheessa, mutta samoin lainsäädäntövaiheessa sekä toteuttaessa palvelutuotantoa. Myös vastaanotetun palautteen pitäisi olla vaikuttava tekijä.⁹⁸ Tosiasiallinen yhdenvertaisuus pyrkii toteuttamaan yhdenvertaisuutta niin, että lopputulos näyttäytyy erilaisista mahdollisuuksista ja lähtökohdista riippumatta kaikille samanlaisena. Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden

toteutuminen merkitsee siten sitä, että jokainen saa tarpeisiinsa nähden mahdollisimman hyvät ja asianmukaiset terveystieteidenhuollon palvelut.⁹⁹

Normaalisti tällaisen tosiasiallisen *yhdenvertaisuuden toteuttaminen* on sekä suunnitelmallista että tavoitteellista toimintaa. Yhdenvertaisuuslain 5 §:n nojalla yhdenvertaisuuden toteutumista pitää aktiivisesti edistää sekä arvioida viranomaisen itsensä toimesta hänen omalla toimialallaan. Arvioinnin tulee pitää sisällään se, millä tavoin viranomainen on henkilökohtaisessa toiminnassaan huomioinut yhdenvertaisuuden näkökulman, ja kuinka viranomaisen toiminta on siten todellisuudessa muovannut erilaisten ryhmien asemaa. Myös olosuhteet, jotka samaan aikaan vaikeuttavat yhdenvertaisuuden toteutumista viranomaisesta

⁹⁷ Vanjusov 2022, s. 84, 86.

⁹⁸ Poikonen 2018, s. 33–34.

⁹⁹ Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos, Yhdenvertaisuuden käsitteet 2023. thl.fi

riippumattomista syistä, on syytä huomioida. *Yhdenvertaisuuden edistäminen* taas edellyttää normaalisti toimia, joiden avulla on tarkoitus ottaa paremmin huomioon syrjinnän vaarassa olevien ryhmien tarpeet ja siten järjestää julkisia palveluita myös tällaisille ryhmille.¹⁰⁰ Tätä varten viranomaisella tulee olla tehtynä *yhdenvertaisuussuunnitelma* omalla toimialalla näistä tarvittavista keinoista. Keinojen pitää olla oikeasuhtaisia, tarkoituksenmukaisia sekä tehokkaita, joissa on samalla huomioitu resurssit, toimintaympäristö ja muut olosuhteet. Terveystieteiden kohdalla tällainen merkitsee muun muassa hoitoon pääsyyn liittyvien saavutettavuusnäkökohtien huomioimista.¹⁰¹

3.2.2 Alueellinen saavutettavuus

Kuten aiemmin todettiin, oikeudellisesti *alueellinen saavutettavuus* kiinnittyy PL 9 §:n vapautteen liikkua maassa ja oikeuteen valita asuinpaikkansa. PL 6 § vaatii tarjoamaan palveluita yhdenvertaisesti eri alueille. Se, miten mahdollisena erilaisilla alueille asuminen näyttäytyy, kiteytyy väistämättä palvelujen saavutettavuuden sekä saatavuuden haasteisiin ja puutteisiin.¹⁰² Lausunnoissa, jotka ovat koskeneet sote-uudistuksia, PeVL on myös nostanut esiin, että alueellinen ulottuvuus kuuluu ”riittävyuden -vaatimukseen”.¹⁰³ Koska PL 6 §:ssä säädetään yhdenvertaisuudesta, muu henkilöön liittyvä syy, kuten asuinpaikka, voi olla

kielletty syrjintäperuste.¹⁰⁴ Kaikkea alueellista vaihtelua ei voi kuitenkaan estää yhdenvertaisuusperiaatteella eikä syrjintäkielloilla. Toisaalta resurssit voivat vaikuttaa saatavuuteen. Resurssien puitteissa palvelut on järjestettävä mahdollisimman optimaalisesti ja yhdenvertaisesti, ilman mielivaltaisia eroja.¹⁰⁵

Käsitteellä ”alueellinen yhdenvertaisuus” viitataan laajasti tavoitteisiin turvata terveystieteiden palvelut asuinpaikasta riippumatta koko väestölle, jolloin huomio kiinnittyy eri alueiden moninaisuuteen ja paikkakohtaisiin tarpeisiin. PL ei edellytä täsmälleen samanlaisia palveluja joka alueelle. Sen sijaan se edellyttää kaikilla alueille olevan palveluita yhdenmukaisesti siten, että ne

¹⁰⁰ HE 19/2014 vp, s. 61–62.

¹⁰¹ Vanjusov 2022, s. 80.

¹⁰² Rantamäki - Kattilakoski - Halonen 2021, s. 383.

¹⁰³ PeVL 26/2017 vp, s. 33.

¹⁰⁴ HE 309/1993 vp s. 43–44.

¹⁰⁵ Mäntylä - Kosonen - Sairanen 2022, s. 374.

vastaavat siellä asuvien ihmisten tarpeita.¹⁰⁶ Ensisijaisesti yhdenvertaisuuden alueellisessa ulottuvuudessa on kyse asiakkaiden oikeudesta saada samaa kohtelua riippumatta heidän kotikunnastaan. Moninaisessa toimintaympäristössä tehtävä rajanveto alueellisesti yhdenvertaisen tai eriarvoisen kohtelun kesken on ilmennyt hankalaksi.¹⁰⁷ Kyse on tasapainoilusta yksilöllisten tarpeiden, yhdenvertaisten oikeuksien ja käytettävissä olevien taloudellisten sekä henkilöstöresurssien välillä. Sitä hankalampaa ratkaisun tekeminen on, mitä kauempana asiakas asuu avun piiristä tai mitä vaikeampien kulkuyhteyksien takana palvelun saaminen on.

Kun saavutettavuutta tarkastellaan palvelujen järjestämisen tasolla, merkityksellinen tarkastelutapa on havainnoida alueellisia eroja sairauksien esiintyvyydessä ja tarpeissa, hoitoprosesseissa, hoidon vaikuttavuudessa ja laadussa sekä asuinpaikkojen ja palvelujen sijainnin välisiä etäisyyksiä.¹⁰⁸ Juuri nyt vain ensihoidossa on annettu valtakunnantason kannanotto yhdenvertaisen kohtelun osalta. Siinä yhdenvertaisuutta tavoitellaan yksilöiden sijasta keskittymällä väestötiheydeltään samantyyppisiin alueisiin. Käytännön toiminnassa tällä tarkoitetaan sitä, että harvaan asutulla maaseudulla ensihoidon hyväksyttävä vasteaika on pidempi kuin tiheämmin asutulla alueella.¹⁰⁹

Kun yksilön henkilökohtaiseen vapauteen perustuvaksi asiaksi voidaan laskea asuinpaikan valita, niin on perusteltua pohtia, missä laajuudessa yhteiskunnan vastuulla on ihmisten elämänpoliittisiin valintoihin vastaaminen. Tilanne ei kuitenkaan ole yhtä yksinkertainen, koska sekä yhteiskunta että sen rakenne muuttuvat jatkuvasti ajan myötä. Yksilölliset valinnat on erittäin todennäköisesti tehty asetelmassa, jolloin julkinen sektori ja sektorin tulevaisuus ilmenivät aivan erilaisina kuin nyt.¹¹⁰ Valtakunnallisella tasolla alueellisen yhdenvertaisuuden toteuttaminen palveluiden osalta on vaikeaa, jossa valtion vastuulla on päättää rajallisten

¹⁰⁶ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 343.

¹⁰⁷ Rantamäki - Kattilakoski - Halonen 2021, s. 387.

¹⁰⁸ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 361.

¹⁰⁹ Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 2017, s. 8, 19.

¹¹⁰ Rantamäki - Kattilakoski - Halonen 2021, s. 388.

resurssien raameissa siitä, miten eri tavoin terveystalvet järjestetään.¹¹¹ Asiakastasolla erityisen huomioitavaa on se, että syrjiviä perusteita ei voida asettaa palvelujen pääsyn esteeksi ja tehtävien päätösten tulee joka kerta pohjautua yksilökohtaiseen tarvearviointiin.¹¹²

3.2.3 Digitaalinen saavutettavuus

*Oikeuskirjallisuudessa*¹¹³ on lausuttu, että myös ei-fyysinen saavutettavuus voidaan laskea saavutettavuuden kategoriaan. Ei-fyysinen saavutettavuus tarkoittaa ihmisten, palveluiden tai tietojen etätavoittamista digitaalisesti. Tietoyhteiskunnan kehittyessä etävastaanoton on toivottu toimivan ratkaisuna avun tarjoamisessa ja lieventävän asiakkaille pitkien fyysisten välimatkojen tuottaman taakan vähentymistä. Digitalisaatio nähdään nopeana ja sujuvana ratkaisuna. Lisäksi siten on mahdollisuus edistää terveyttä samalla tavalla, kuin fyysisten vastaanottokäyntien avulla.¹¹⁴

Kehitettäessä sähköisiä palveluita, on tärkeää kiinnittää huomiota saatavuuteen, esteettömyyteen, kohtuuhintaisuuteen sekä soveltavuuteen. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi julkisen sektorin elinten verkkosivustojen ja mobiilisovellusten saavutettavuudesta (2102/2016) eli saavutettavuusdirektiivi tuli voimaan 2016. Direktiivin tarkoitus on myötävaikuttaa digitaalisten palveluiden saavutettavuuteen Euroopan unionin alueella. Osaksi kansallista lainsäädäntöä kyseinen direktiivi implementoitiin lailla

digitaalisten palvelujen tarjoamisesta (306/2019). Muun muassa inklusiivinen suunnittelu sekä palveluiden käytettävyys voidaan liittää digitaaliseen saavutettavuuteen.¹¹⁵ Tällöin saavutettavuus tarkoittaa digitaalisten palveluiden tarjoamisesta annetun lain 2.1 §:n 4 kohdan mukaan sellaisia tekniikoita ja periaatteita, joita tulee noudattaa suunniteltaessa, kehitettäessä,

¹¹¹ HE 241/2020 vp, s. 188.

¹¹² Vanjusov 2022, s. 82.

¹¹³ Ks. esim. Kilkku, Nina - Laitinen, Heleena - Saarni, Lea - Vänni, Kimmo - Himanen, Sari, Osaaminen ja innovatiivisuus, s 153 teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Sanoma Pro Oy 2020 ja Vanjusov 2022 ja Saranto, Kaija - Kinnunen, Ulla-Mari - Jylhä, Virpi - Kivekäs, Eija, Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa, s. 191–192 teoksessa Hujala, Anneli - Taskinen, Helena (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press 2020.

¹¹⁴ Vanjusov 2022, s. 173.

¹¹⁵ Vanjusov 2022, s. 174.

ylläpitäessä ja päivittäessä digitaalisia palveluita, jonka johdosta digitaaliset ratkaisut olisivat enemmän käyttäjien saavutettavissa.¹¹⁶

Eri saavutettavuuden näkökulmista perusoikeusmyönteistä tulkintaa PL 19.3 §:n osalta toteuttaa sellainen terveydenhuolto, joka tarjoaa lisääntyviä digitaalisia mahdollisuuksia, ei kuitenkaan todellisen ammattihenkilöstön kohtaamisen tarpeen kustannuksella, ja joka takaa jokaisen asiakkaan kohdalla yhdenvertaisen hoidon menettelysääntöjen noudattamisen ohella. Digitaalisen saavutettavuuden ratkaisuilla pyritään löytämään vastauksia yhä lisääntyvään hoidon tarpeeseen. Syrjäseuduilla hyödynnettävistä digikeinoista huolimatta, tällaiset ratkaisut eivät voi täysimääräisesti korvata lähivastaanottoa.

3.3 Palvelun tarve

Riittävyteen voidaan ajatella liittyvän määrällisen ulottuvuuden lisäksi laadullinen ulottuvuus. Oikeuskirjallisuudessa määrällisen saatavuuden yhteydessä on mainittu oleellisena tekijänä *yksilön tarpeiden* arviointi, kun puhutaan oikeudesta terveyspalveluihin.¹¹⁷ Terveydenhuollon erityispiirteenä voidaan pitää laillistetun ammattilaisen tekemää palvelutarpeen määrittelyä yksittäisen potilaan tasolla. Ei siis riitä, että palveluita on saatavilla määrällisesti, vaan niiden täytyy olla lisäksi sisällöltään ja laadultaan sellaisia, että ne tosiasiaassa vastaavat hoidon arvioinnin pohjalta ihmisten tarpeisiin (järjestämislain 4 §).¹¹⁸

Yleislakien, kuten terveydenhuoltolain ja sen terveydenhuollon peruspalveluilla, tavoitellaan asiakkaan tarpeisiin vastaamista ja toisaalta myös erityispalvelujen, kuten erikoissairaanhoidon avulla.¹¹⁹ Väestön tarpeeseen vastataan ensisijaisesti hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle kuuluvilla palveluilla, joiden sisällöstä säädetään

pääpiirteittäin terveydenhuoltolaissa. Tarpeita selvitetään eri väestöryhmien asemaa, järjestelmän toimintaa ja alueen olosuhteita seuraamalla (terveydenhuoltolain 78 a §). PeVL on linjannut, että toimijan, jonka tehtäväksi terveydenhuollon järjestäminen on säädetty, on ylläpidettävä omaa palvelutuotantoa, jotta se voi kaikissa tilanteissa turvata jokaiselle yksilölle

¹¹⁶ Mäntylä - Kosonen - Sairanen 2022, s. 369.

¹¹⁷ Arajärvi 2011, s. 55. Ks. myös Teperi 2006, s. 10.

¹¹⁸ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 341.

¹¹⁹ Vanjusov 2022, s. 119.

oikeuden terveyteen.¹²⁰ Tämä vaatimus kiteytyy osaavaan ammattihenkilöstöön ja hyvinvointialueella tarjolla olevaan palveluvalikoimaan.

Asiakkaan etu pitää ottaa huomioon kaikessa toiminnassa sekä päätöksenteossa, jolloin vaaditaan, että asiakkaan tilannetta tarkastellaan kokonaisuudessaan ja mietitään nimenomaan hänen omaan tilanteeseen ja tarpeeseen asianmukainen palvelukokonaisuus. Riittävyys liittyy palveluiden monimuotoisuudelle sekä sisällölle vaatimuksia, jolloin tarkastelu ei kiteydy ainoastaan palvelutasoon.¹²¹ Terveydenhuollon palveluvalikoima määritellään terveydenhuollon palveluiksi, jotka on rahoitettu julkisin varoin, ja johon katsotaan kuuluvan julkisen terveydenhuollon palvelut sekä yksityinen terveydenhuolto, joista saa sairausvakuutuskorvauksen. Valikoimaan sisältyvien palvelujen tavoitteena on olla turvallisia, vaikuttavia sekä kustannuksiltaan hyväksyttäviä. Julkisten terveydenhuollon tarjontaa pyritään yhdenmukaistamaan määrittelemällä valikoiman kokonaisuutta ja tällä tavoin myös edistämään maan eri osien välillä ilmenevää yhdenvertaisuutta.¹²²

Suomessa terveydenhuollossa toimiva Palko käsittelee kysymyksiä siitä, mikä kuuluu julkisen terveydenhuollon kustannettavaksi, ja mitkä palvelut kuuluvat valikoimaan (terveydenhuoltolaki 78 a §). Meillä ei ole varsinaista viranomaista, joka huolehtisi terveydenhuollossa tapahtuva priorisoinnista. Palkon ohella esimerkiksi lainsäädännössä, tuomioistuinratkaisuisa, viranomaispäätöksissä ja suosituksissa tarkennetaan terveydenhuollon palveluista. Ihmishenkiä koskevat päätökset eivät ole suoraan nähtävissä, sillä sairaanhoitopiirit tekevät päätöksiä itsenäisesti. Resurssit ovat rajallisia ja järjestämisvastuullinen joutuu päättämään, miten paljon se panostaa kunkin sairauden ja ongelman lievittämiseen.¹²³ Tällöin tulee esimerkiksi arvioida eri alueiden

palveluvalikoimaan pohjautuen, onko asiassa huomioitu muuttuva väestörakenne ja erityisesti maaseudulla lisääntyvän vanhusväestön määrä.¹²⁴

¹²⁰ PeVL 17/2021 vp s. 18, PeVL 15/2018 vp s. 16, 18–19

¹²¹ Poikonen 2017, s. 135.

¹²² Ks. esim. Mikä on terveydenhuollon palveluvalikoima?, Palveluvalikoima.fi ja STM, Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden määrittäminen 2024, stm.fi.

¹²³ Hiilamo 2020, s. 24.

¹²⁴ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 348.

Yhtenä terveydenhuollon oikeusperiaatteena toimii tarveperiaate, jossa on kyse sekä tarpeiden arvioinnista priorisointikriteerinä että palvelujen suuntaamisesta yksilölle hänen tilanteensa huomioiden. Yksilön hoidon tarve voidaan määrittellä pelkästään terveydenhuollon ammattilaisen avulla. Tarveperiaatetta saattaa täydentää jonotusperiaate.¹²⁵ Näiden periaatteiden taustalla vaikuttaa ennen kaikkea priorisointitarpeet. Lopputuloksena joudutaan tekemään sellaisia toimia, joiden avulla voidaan arvioida terveydenhuoltoa sekä pyrkiä suuntaamaan olemassa olevia terveydenhuollon resursseja siten, että niistä on mahdollista suunnata väestölle optimaalisin terveyshyöty.¹²⁶

Kuten aiemmin institutionaalisen saavutettavuuden kohdallakin todettiin, palveluvalikoiman sisällön toteutus nivoutuu lopulta siihen, paljonko osaavaa ammattihenkilöstöä on tarjolla ja onko henkilöstöä ylipäättään tarjolla tasaisesti eri alueilla. Tämä taas liittyy taloudellisten resurssien saatavuuteen. Koska resurssit ovat rajalliset, tarve- ja jonotusperiaatteen tärkeys terveydenhuollossa korostuu.

3.4 Terveyspalvelujen laatu ja vaikuttavuus

Terveydenhuollon palveluiden riittävyys määrittyy myös sillä, kuinka laadukkaita ja vaikuttavia ne ovat. Oikeuskirjallisuudessa on katsottu, että laadun määrittelyssä voidaan erottaa tekninen ja toiminnallinen laatu. Tekninen laatu tarkoittaa palvelun toteuttamista teknisesti oikein, mikä edellyttää tiettyä määrää henkilökuntaa, henkilökunnan ammattitaitoa, virheettömyyttä, luotettavuutta sekä varmuutta. Toiminnallinen laatu viittaa siihen, miten palvelu toteutettiin eli joutuiko asiakas odottamaan tai saiko hän tietoa prosessin eri vaiheista. Toiminnallisessa laadussa on edelleen kyse prosessin laadusta, jossa nostetaan esille muun muassa saatavuus ja nopeus.¹²⁷

Vaikuttavuus määritellään tässä tapauksessa palvelun avulla saavutetuksi muutokseksi asiakkaan elämässä. Terveyspalvelut katsotaan vaikuttaviksi silloin, jos niiden nähdään

edistävän sekä asiakkaiden terveyttä että hyvinvointia.¹²⁸ Vaikuttavuuden arvioinnissa on kyse siitä, mitkä ovat ne menetelmät, jotka tuottavat hyviä tuloksia. Toiminnan pitää näin ollen pohjautua hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin sekä näyttöön. Näyttöön perustuvassa

¹²⁵ Arajärvi 2011, s. 87.

¹²⁶ Vanjusov 2022, s. 290.

¹²⁷ Koivula - Laaksonen 2020, s. 76–77.

¹²⁸ Rautiainen - Taskinen - Rissanen 2020, s. 81.

toiminnan vaatimuksessa painotetaan sekä palvelujärjestelmälle suunnattua velvollisuutta hyödyntää potilaalle merkityksellisiä tai vaikuttaviksi tunnistettuja hoitomenetelmiä että väestön oikeutta hyvään hoitoon. Jotta palveluiden ja hoidon laatua on mahdollista kehittää sekä voimavaroja suunnata paremmin väestön terveyden edistämiseksi, palveluiden vaikuttavuudesta sekä laadusta tarvitaan luotettavaa tietoa.¹²⁹

Kuten todettiin, terveydenhuollon laadulle asetetaan velvoitteita muun muassa lainsäädännössä ja laatusuosituksissa. Vaatimus pohjata hoitotoiminta näyttöön sekä hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin nojautuu terveydenhuoltolain 8.1 §:ään. Pykälä vaatii lisäksi sen, että toiminta on laadukkaasti ja asianmukaisesti toteutettua. Tällä tarkoitetaan sitä, että palvelujen sisällöllisestä kehittämisestä tulee huolehtia ja muun muassa digitalisaation vaikutukset hoidon tuottamiin tuloksiin on tunnistettava terveydenhuollon rakenteellisten muutosten ohella. Perinteisten ja sähköisten vastaanottopalveluiden kohdalla sekä asiakkaille että potilaille tulee taata palvelujen laadukkuus ja turvallisuus.¹³⁰

Potilaslain 3 § toteaa potilaan olevan oikeutettu laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Laissa terveydenhuollon ammattilaisista puolestaan vaaditaan, että terveydenhuollossa toimivan ammattihenkilön pitää koulutuksensa mukaisesti, soveltaa sekä kokemuseräisiä että yleisesti hyväksytyjä ja perusteltuja menettelytapoja. Lisäksi ammattihenkilön tulee tarvittaessa pyrkiä täydentämään, kehittämään ja ylläpitämään koulutustaan sekä tietoja ja taitoja, joita hänen ammattitoimintansa edellyttää (15.1 §, 18 §). Terveydenhuollon ammattilaiset toimivat avainasemassa laadukkaan hoidon ja asiakkaan oikeuksien toteutumisessa. Henkilöstön juridinen ymmärrys ja osaaminen on riippuvaisia siitä, miten syvällisesti ja monipuolisesti asiakkaan oikeudet toteutuvat.¹³¹ Ammattihenkilön päätöksenteon ja yksittäisten hoitoratkaisujen pitää siten pohjautua yksinomaisesti hoidon vaikuttavuuteen ja tarpeeseen.¹³²

Laadukkuutta ja vaikuttavuutta ohjaavat siten erilaiset lait, jotka määrittelevät asiakkaan oikeuksia hyvään kohteluun ja laadukkaisiin palveluihin. Kun asiakas saa laadukasta ohjausta, hoidon arviointia ja neuvontaa, sillä on myös vaikutusta riittävyyteen. Yksilön tasolla

¹²⁹ Koivula - Laaksonen 2020, s. 102–103.

¹³⁰ Kinnunen - Jylhä - Kivekäs 2020, s. 191–192.

¹³¹ Vanjusov 2022, s. 103.

¹³² Nykänen - Laatikainen 2022, s. 350.

terveyspalveluiden laatu ja vaikuttavuus tiivistyvät terveydenhuollon ammattihenkilön toteuttamiin tutkimuksiin, diagnostiikkaan, hoidosta päättämiseen sekä hoidon toteuttamiseen eli yksilöllisen hoidon tarpeen arviointiin yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Toimintaa ohjataan palveluvalikoimaa koskevan sääntelyn lisäksi myös Käypä hoito -suosituksien ja erilaisin itsesääntelykeinoin. Keskeisiä ovat myös tutkimukseen perustuvat menettelytavat.¹³³ Palvelujen järjestämistä arvioitaessa tarkasteltavaksi tulevat edellytykset, jotka järjestäjän päätöksillä luodaan tieteelliseen näyttöön perustuvalla toiminnalle, ja millaisia palvelujen järjestämiseen ja palvelurakenteeseen liittyviä johtopäätöksiä näyttöön perustuvan tiedon perusteella tehdään.¹³⁴

ETENE:n tehtävänä on sote-alan lainsäädäntöä kehitettäessä toimia asiantuntijana, seurata alaan liittyvää kansainvälistä kehitystä sekä tuoda esiin eettisiä kysymyksiä terveydenhuollosta ja siten edistää yhteiskunnallista keskustelua.¹³⁵ ETENE:n toiminta pohjautuu terveydenhuollon osalta muun muassa potilaslakiin. Asiakkaiden kohtaamisten laatua sekä turvallisuutta varmistavat eettisten sääntöjen noudattaminen, vaaliminen ja seuranta työyhteisön sisällä.¹³⁶ Laadukkaisiin ja vaikuttaviin palveluihin liittyvä tieto on merkityksellistä lisäksi sen vuoksi, että tieto auttaa terveydenhuollossa olevia päätöksentekijöitä rajallisten resurssien kohdentamisessa mahdollisimman optimaalisesti sellaisiin toimenpiteisiin, joista katsotaan olevan saatavilla paljon hyvinvointia ja terveyttä.¹³⁷

Kuten siis saattaa huomata, edellä käsitellyt kriteerit ovat monitahoinen ja -kerroksinen kokonaisuus, jotka ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Esimerkiksi palvelun tarve sekä laatu ja vaikuttavuus kytkeytyvät ammattihenkilöstön osaamiseen ja tarjolla olevaan palveluvalikoimaan, joka taas on yhteydessä palvelujen saatavuuteen muun muassa terveydenhuollon taloudellisten resurssien kautta. Edellä mainitut tekijät vaikuttavat myös

alueelliseen saavutettavuuteen ja siihen, miten monipuolista terveydenhuoltoa on tarjolla eri puolilla Suomea. Yhden aspektin vajavaisuus terveydenhuollossa vaikuttaa kaikkiin muihin

¹³³ HE 103/2013 vp, s. 86–87, Nykänen - Laatikainen 2022, s. 350.

¹³⁴ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 360–361.

¹³⁵ ETENE.fi.

¹³⁶ Kinnunen - Jylhä - Kivekäs 2020, s. 218.

¹³⁷ Rautiainen - Taskinen - Rissanen 2020, s. 78–79.

tekijöihin ja heijastuu sitä kautta käytäntöön, kun määrärahoista riippuvia palveluita supistetaan. Resurssien ollessa tiukilla, terveydenhuolto kärsii määrällisesti, joka vaikuttaa samalla palveluiden kykyyn vastata todellisiin tarpeisiin laadukkaasti. Luonnollisesti saavutettavuus myös heikkenee. Tällöin ei siis vaikuta olevan merkitystä esimerkiksi sillä, että rahoitusta lisätään yhdellä kriteerien osa-alueella ja supistetaan toisella, kun kaikilla on välitön yhteys toisiinsa.

Erityisesti PeVL tulkinnoilla on merkitystä, kun arvioidaan budjettioikeudellisia vaikutuksia terveyspalveluiden osalta. Näin ollen valiokunnan tulisi pyrkiä huomioimaan yhteiskunnan vaihtuva tila hoidon tarpeen arvioinnissa, eikä vain turvautumaan sellaisiin kannanottoihin ja näkemyksiin, mitä se on esittänyt vuosikymmeniä sitten. Näin myös riittävyden kriteerit voisi olla mahdollista täyttää tehokkaammin hyvinvointialueiden sisällä. PeVL on aikaisemmin arvioinut esimerkiksi hyvinvointialueiden rahoituksen kohdalla, että PL 22 §:n toimeksiantovaikutukseen sisältyy valtiolle kuuluva vastuu pitää huoli siitä, että hyvinvointialueilla on käytännön mahdollisuudet suoriutua tehtävistään¹³⁸. Tämä edellyttää terveyspalveluihin kohdistuvaa asianmukaista rahoitusta.

PL 22 §:ssä osoitettuun tavoitteeseen voidaan vaikuttaa kustannustehokkuuden erilaisilla laskelmilla ja pyrkiä maksimoimaan väestölle yhdenvertainen terveyshyöty mahdollisimman tehokkaasti jakamalla jokaiselle osa-alueelle sen verran käytössä olevista talouden resursseista, ettei mikään osa-alue kärsi huomattavasti toisen kustannuksella. Toisaalta on myös totta, että esitöissä on lausuttu mahdollisuudesta joustaa palvelujen asianmukaisesta toteuttamisesta tietyissä tapauksissa tai tietyillä alueilla, joka luo lainsäädännöllisestä näkökulmasta joka tapauksessa epäreilun asetelman yksilöiden välillä. Kustannustehokkaiden ratkaisujen pohjaksi voidaan katsoa ainakin erilaiset digiratkaisut, joiden avulla asiakkaita voidaan saavuttaa helpommin ja matalammalla kynnyksellä. Toisaalta näiden tehokkuus ja toimivuus tulee suunnitella järkevästi. Lisäksi muita uusia, kustannustehokkaita ja edellä mainittuja riittävien palvelujen kriteereitä täyttäviä uudistuksia kaivataan.

¹³⁸ Ks. esim. PeVL 26/2017 vp, s. 22, PeVL 10/2015 vp.

4 LAINSÄÄDÄNNÖLLISET RATKAISUT RIITTÄVIEN TERVEYSPALVELUJEN TOTEUTTAMISESSA

Suomalaisen hyvinvointivaltion rakentaminen ja sen nykytila on perustunut yhteiskuntapoliittiseen päätöksentekoon, jossa on yhtäältä reagoitu muutoksiin ja toisaalta varauduttu tulevaisuuteen. Suomalaisessa terveystaloudessa näkyy sen kehityshistoria. Lakeja on säädetty paljolti reagoitina siihen, mikä on ollut kulloinkin vallitseva sosiaalinen ongelma ja sen hetkinen yhteiskunnallinen tavoite.¹³⁹ Tietyntyylinen suuntaus on kuitenkin havaittavissa: nykyinen palvelujärjestelmä vaatii päivittämistä sekä selkeyttämistä ja määrärahoituksella ylläpidettävä järjestelmä tarkempaa tasapainottamista. Asiakkailta sekä terveydenhuollon ammattilaisilta vaaditaan enemmän ja johtaminen sekä organisaatiot ovat uuden edessä.¹⁴⁰

Seuraavaksi tarkastelen ajankohtaisimpia sekä merkityksellisimpiä lainsäädännöllisiä uudistuksia tai hankkeita, joita on toteutettu tai joita suunnitellaan toteutettavaksi vastauksena terveydenhuollon sektorilla tapahtuvaan murrokseen sekä vaatimukseen palveluiden riittävydestä ja niiden muuttuvasta roolista hyvinvointivaltiossa. PL 19.3 §:ään sisältyvää turvaamisvelvollisuutta on pyritty konkretisoimaan monin tavoin.

4.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Vuoden 2023 alusta vastuu sote-huollon järjestämisestä siirtyi kunnilta 21 hyvinvointialueelle, jossa Helsinki jatkaa palveluiden itsenäisenä järjestäjänä.¹⁴¹ Hyvinvointialueet voidaan valtiosääntöoikeudellisesti nähdä luonteeltaan PL 121.4 §:ssä tarkoitettuina kuntaa suurempina itsehallinnollisina alueina.¹⁴² Sote-uudistuksen 241/2020 eli *sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelujen ja rakenteiden uudistuksen* tavoitteena on muun muassa turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sote-palvelut, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa saatavuutta ja saavutettavuutta, hillitä kustannusten

¹³⁹ Koivula 2020, s. 257.

¹⁴⁰ Hujala - Taskinen 2020, s. 7–8.

¹⁴¹ Aalto - Ilmarinen - Muuri - Ikonen 2022, s. 228.

¹⁴² HE 56/2021 vp, s. 12.

kasvua ja turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti¹⁴³ eli edistää riittävien terveystalveluiden kriteereitä monesta eri näkökulmasta hyvinvointialueiden johdolla.

Tärkeimpinä hyvinvointialueista ja niiden toiminnasta säätelevinä lakeina voidaan pitää lakia hyvinvointialueista (611/2021), joka sisältää tarkempaa sääntelyä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettua lakia (612/2021, järjestämislaki). Hyvinvointialueista annetun lain 7 §:ssä säädetään pitkälti kuntien järjestämisvastuuta vastaavasti, mutta täsmällisemmin. Pykälän nojalla hyvinvointialue on vastuussa sen alueen asukkaiden laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta, sille lailla osoitettujen tehtävien hoitamisesta sekä palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta, järjestettävistä palveluista ja muista toimenpiteistä, kuten palvelun tarpeen ja laadun määrittämisestä sekä yhdenvertaisesta saatavuudesta. Hyvinvointialueista annetun lain 6 §:n mukaan alueen vastuulla on järjestää sille lakisääteisesti kuuluvat palvelut. Järjestämislain 8.2 § puolestaan täsmentää riittävien palvelujen toteuttamisen edellytyksiä. Sen mukaan alueiden on huolehdittava, että niillä on terveydenhuollon järjestämiseen liittyen vaadittava valmius, osaaminen sekä toimintakyky.

4.1.1 Isommat järjestämisvastuulliset

Riittävässä terveystalveluissa on kyse erityisesti *järjestämisvastuusta*, jossa sote-uudistuksen on katsottu olevan suurin ja merkittävin muutos tasa-arvoisempaan saatavuuteen, saavutettavuuteen sekä yhdenvertaisuuteen.¹⁴⁴ PeVL on linjannut uudistuksen kehitysvaiheissa monesti sote-palvelujen uudistamiselle olevan yleisesti perusoikeusjärjestelmän näkökulmasta raskaita syitä, jotka tukevat järjestämis- sekä tuottamisvastuun muutosta kuntia suuremmille toimijoille.¹⁴⁵ Samaten StVL on ollut asiassa samoilla linjoilla.¹⁴⁶ Riittävyyskriteereiden katsotaan esitöiden mukaan täyttyvän muun muassa siten, että palvelut toteutetaan yhdenvertaisesti kokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähivastaanotolla.¹⁴⁷ Järjestämisvastuullisten tahojen koon kasvattamisen on katsottu johtavan myös palvelujen

¹⁴³ HE 241/2020 vp, s. 1.

¹⁴⁴ Aalto - Ilmarinen - Muuri - Ikonen 2022, s. 228.

¹⁴⁵ Ks. esim. PeVL 26/2017 vp s. 9, PeVL 30/2016 vp s. 2 ja PeVL 67/2014 vp 3-4.

¹⁴⁶ ks. StVM 16/2021 vp, s. 26-27.

¹⁴⁷ HE 241/2020 vp, s. 195.

laadun paranemiseen, alueellisten erojen tasaantumiseen ja näin yhdenvertaisuuden lisääntymiseen.¹⁴⁸

Järjestämisvastuun siirrolla kunnilta hyvinvointialueille on muodostettu yhtenäinen terveydenhuollon palvelurakenne. Tämä on koonnut voimavarat asukasmäärältään ja taloudelliselta kantokyvyltään isommille järjestämisvastuullisille päätöksenteon ja hallinnon tasojen osalta, jolloin terveydenhuollon pirstaleisen palvelurakenteen ja palvelujen sisällön ajatellaan selkiytyvän, palvelutuotannon tehostuvan ja toiminnan kannustavan huolehtimaan asiakkaiden palveluista tarveperusteisesti. Uudistuksen myötä hyvinvointialueet vastaavat selkeästi kaikesta perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon järjestämisestä.¹⁴⁹ Järjestämislain 9.1 §:n mukaan osa sote-huollon tehtävistä on myös mahdollista koota suurempiin kokonaisuuksiin, jolloin yksi tai useampi hyvinvointialue ottaa järjestettäväkseen kyseiset tehtävät, mikäli se on välttämätöntä esimerkiksi muiden toimenpiteiden tai palvelujen laadun tai saatavuuden varmistamiseksi tehtävän harvinaisuuden, vaativuuden tai siitä aiheutuvien suurten kustannusten takia.¹⁵⁰

Käytännössä sote-uudistukseen liittyvä lainsäädäntö toteuttaa edellisessä pääluvussa tarkasteltuja kriteereitä vaihtelevasti. Koska uusi hyvinvointialueisiin liittyvä lainsäädäntö pyrkii säätelemään laajasti hyvinvointialueen toiminnasta, osa toteutuu suhteessa toisiin onnistuneemmin. On totta, että suuremmille toimijoille siirtynyt järjestämisvastuu näyttäytyy monesta näkökulmasta onnistuneena verrattuna aikaisempaan kuntien itsehallintoon. Tämä johtuu erityisesti järjestämisvastuullisten alueiden pienemmästä määrästä kuntien määrään verrattuna sekä valtion vahvistuvasta ohjausroolista rahoitukseen liittyen.

Todellisuudessa *järjestämisvastuullisten kokoa suurentamalla sote-uudistuksen ei ole todettu parantavan riittävyyden kriteerien toteutumista merkittävästi*. Tämä johtuu siitä, että ydinongelma on terveyssektorille myönnettävässä *rajallisessa rahoituksessa*, jota vaikeuttaa entisestään hyvinvointialueille asetetut tiukat tavoitteet alijäämän kiinni kuromisesta tiettyyn

¹⁴⁸ Erhola - Vaarama - Pekurinen - Jonsson - Junnila - Hämäläinen - Nykänen - Linnosmaa 2014, s. 62.

¹⁴⁹ HE 241/2020 vp, s. 229.

¹⁵⁰ HE 197/2022 vp, s. 519.

vuoteen mennessä. Tämän uudistuksen taustalla vaikuttaa näin ollen vahvasti talouden tasapainottamisen tavoitteet. Lisäksi sote-uudistus on keskittynyt lähinnä hallinnollisiin

näkökulmiin ja uusien järjestelmien käyttöönottoon, joka näkyy *taloutta ja hallintoa sekä talouden tarkastusta* koskevien säännösten määrässä. Tämä on synnyttänyt palautetta erityisesti henkilöstön suunnalta. Uusien järjestelmien huomiointi ja lisääntyvän byrokratian määrä vie hoitotyöstä merkittävän osan toisaalle. Sosiaalityön professori *Aila-Leena Matthies* on kritisoinut voimakkaasti sote-uudistuksen toteutusta ja sitä, että sote-uudistuksessa on keskitytty liikaa erilaisiin tietojärjestelmiin yhden toimivan sijasta. Useat järjestelmät vievät runsaasti rahaa.¹⁵¹

4.1.2 Ammattihenkilöstön asianmukaisempi kohdentaminen tarpeeseen

Hallituksen esityksessä on arvioitu monia keinoja myös sille, mistä järjestämislain 8.2 §:ssä mainittua *osaavaa ammattihenkilöstöä* järjestämisvastuullisten velvoitteiden tueksi saadaan, ja millä tavalla sote-uudistus tulisi vaikuttamaan henkilöstön määrään. Työvoiman saatavuuteen vaikuttavina tekijöinä voidaan pitää väestön ikääntymistä, terveyspalveluiden tarpeen ja kysynnän kasvua, alueellista sijoittumista sekä koulutuksesta valmistuvien määrää. Puutteet henkilöstövoimavaroissa vaikuttavat suoraan perustason palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen ja laatuun.¹⁵² Sote-uudistus on nähty yhtenä ratkaisuna myös henkilöstön saatavuusongelmiin.

Terveydenhuollon järjestäjät voivat sekä vuokrata että hankkia *työvoimaa*. Esimerkiksi syrjäisyys tai väestötiheys ei näytä selittävän vuokratyövoiman käyttöä. Sen sijaan enemmän selittävänä tekijänä nähdään henkilöstön saatavuus, mikä vaihtelee ammattihenkilöryhmittäin sekä alueittain.¹⁵³ Sote-uudistuksen myötä vuokratun tai muutoin hankitun henkilöstön käyttöä on pyritty täsmentämään erityisesti järjestämislain 3 luvussa. Hyvinvointialueet voivat sekä vuokrata että hankkia työvoimaa uudistuksen myötä jatkossakin, toisaalta tällaista henkilöstöä voisi päivystyksessä ja ympärivuorokautisessa kiireellisessä hoidossa hyödyntää ainoastaan täydentävästi oman henkilöstön rinnalla. Lisäksi kyseisen työvoiman tulisi toimia

¹⁵¹ Sote-uudistus muutti tilanteen pahemmaksi, sanoo sosiaalityön professori – näin hän muuttaisi nykysysteemiä, 2025. yle.fi

¹⁵² HE 241/2020 vp, s. 187.

¹⁵³ HE 241/2020 vp, s. 366.

hyvinvointialueen suorassa työnjohdollisessa alaisuudessa (järjestämislain 13 §). Tämän arvioidaan yleisesti *varmistavan palvelujen ja ympärivuorokautisten päivystyksen*

järjestäminen.¹⁵⁴ Työvoimaa voidaan tietyissä tilanteissa käyttää muutoinkin kuin vain täydentävästi.¹⁵⁵ Sääntely, joka huomioi tällaisen henkilöstön, mahdollistaa järjestämistä vastaavalla olevalle tarpeelliset järjestämismekanismit erinäisissä tilanteissa (järjestämislain 13 §).

4.1.3 Lisääntyvä laadukkuus ja vaikuttavuus

Sote-uudistuksen johdosta syntyy edellytyksiä käyttöönottaa yhä *laadukkaampia ja vaikuttavampia* toimintatapoja. Hyvinvointialueilla katsotaan olevan kuntia paremmat edellytykset *hoito- ja palvelukäytäntöjen yhtenäistämiseksi*, jonka osakseen arvioidaan edistävän ihmisten yhdenvertaisuutta. Parantuva laatu olisi mahdollista turvata esimerkiksi palvelujen ja osaamisen yhteenkokoamisella sellaisissa tilanteissa, joissa edellytetään tiettyä asiantuntemusta tietyn toimitilan osalta.

Uudistuksessa ehdotetuissa hyvinvointialueen ja ministeriöiden kesken vuosittain tapahtuvissa neuvotteluissa on tarkoitus käsitellä terveydenhuollon laatua sekä vaikuttavuutta. Kyseisessä menettelyssä tarkoituksena on käyttää yhteistä tietopohjaa, joka osaltaan auttaa hyvinvointialueita palveluidensa kehittämisessä. Ehdotuksen mukaan THL valmistelee vuosittain asiantuntija-arvion valtakunnallisesti, jolloin hyvinvointialueilla annetaan mahdollisuus oman toimintansa vertailuun suhteessa muihin järjestäjiin. Tämä puolestaan voi kannustaa *toimijoita kehittämään toimintansa vaikuttavuutta sekä laatua* entistä järjestelmällisemmin ja tietoon perustuen. Palvelujen laatua ja vaikuttavuutta voisivat osaltaan edistää myös terveydenhuollon *kansalliset laaturekisterit*.¹⁵⁶

4.1.4 Vaikutus alueelliseen yhdenvertaisuuteen

Sote-uudistuksen taustalla on ollut huolta palveluiden heikosta saatavuudesta ja saavutettavuudesta etenkin harvaan asutuilla alueilla.¹⁵⁷ PeVL painotti jo vuoden 1995

¹⁵⁴ HE 241/2020 vp, s. 367.

¹⁵⁵ HE 149/2024 vp, s. 9–10.

¹⁵⁶ HE 241/2020 vp, s. 387–388.

¹⁵⁷ Rautiainen - Taskinen - Rissanen 2020, s. 34.

perusoikeusuudistuksen (969/1995) yhteydessä, että PL 19.3 §:ssä on kyse riittävien palveluiden turvaamisesta myös maantieteellisesti, maan eri osissa asuville.¹⁵⁸ Matti Vanhasen I hallituksen (2003-2007) muodostamassa kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa

valiokunta arvioi uudistusta ja samalla edellytti, että huomiota tulee kiinnittää eri kunnissa asuvien asukkaiden saamaan yhdenvertaiseen kohteluun ja asukkaiden todellisiin mahdollisuuksiin saada välttämättömiä palveluja perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta.¹⁵⁹ PeVL on katsonut, että rahoituspohjaan vaikuttavat toimintaympäristön muutostekijät edellyttävät PL 19 §:ään sisältyvien sosiaalisten oikeuksien toteutumisen takaamiseksi tehokkaita toimenpiteitä myös tulevaisuudessa.¹⁶⁰ Sote-uudistus nähdään siten järkevänä uudistuksena alueellisen yhdenvertaisuuden edistämisen näkökulmasta.

Harvemmin asutuilla alueilla voidaan pitää ilmiselvänä lähtökohtana, että terveyspalveluita on tarjolla vähemmän suhteessa tiiviimiin asuttuihin alueisiin. Lisäksi palveluntarjoajien välillä tehtävä valinta on rajatumpaa. Jo vuodesta 2014 lainsäädännössä on annettu yksilöille oikeus oman perusterveydenhuollon hoitopaikan valintaan (terveydenhuoltolain 6 luvun 47 ja 48 §). Laki säädettiin PeVL myötävaikutuksesta.¹⁶¹ Alueellisen yhdenvertaisuuden tavoittelun on mahdollista ajatella linkittyvän muutamaan käytännön toimeen, kun tarkastellaan terveyspalveluiden rakenteiden uudistamista. Tällaisiksi toimiksi voidaan katsoa muun muassa kustannustehokkuuden parantaminen, jolla luodaan edellytyksiä mahdollisimman laajan palveluverkon säilyttämiseksi sekä yhdenmukaistamalla käytänteitä, joilla pyritään poistamaan eriarvoisuutta aiheuttavia tekijöitä.¹⁶²

Hyvinvointialueista annetun lain 7.1.1 §:n mukaan hyvinvointialueiden tulee turvata, että palvelua tarvitsevat saavat niitä samojen objektiivisesti perusteiden mukaisesti sekä yhdenvertaisin mahdollisuuksin. Näin luodaan asianmukaiset edellytykset hoitoon pääsulle koko maan laajuisesti. Kansainvälisiin kokemuksiin pohjautuen, suuren järjestäjätahon on arvioitu johtavan palvelutuotannossa esiintyvien paikallisten sekä alueellisten vaihteluiden

¹⁵⁸ PeVM 25/1994 vp, s. 32.

¹⁵⁹ PeVL 37/2006 vp, s. 2–3.

¹⁶⁰ PeVL 20/2013 vp, s. 3.

¹⁶¹ HE 90/2010 vp; PeVL 41/2010 vp.

¹⁶² Rantamäki - Kattilakoski - Halonen 2021, s. 385–386.

pienenemiseen ja siten samalla yhdenvertaisuuden lisääntymiseen. Tämä johtuu siitä, että tahojen laajat osaamisresurssit sekä taloudelliset voimavarat tarjoavat mahdollisuuden palvelutuotannon eri osien ja henkilöstön parempaan koordinointiin. Alueellisesta näkökulmasta tarkasteltuna, vahvemmat järjestäjätahot voivat järjestää

tarkoituksenmukaisemmin liikkuvia palveluja ja sähköisiä kokonaisuuksia saatavuuden ja saavutettavuuden sitä vaatiessa.¹⁶³

Lopulta tavoite alueellisesti yhdenvertaisten palvelujen toteutumisesta riippuu hyvinvointialueiden tai kuntien ratkaisusta, joiden järjestämisvastuulla ne ovat.¹⁶⁴ Myös valtiosääntöisestä näkökulmasta kuntien itsehallintoon verrattuna, hyvinvointialueiden itsehallintoa koskeva suoja on kevyempää. PeVL on todennut, että valtiosääntöisesti vaikeammin on perusteltavissa hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle rakentuvassa mallissa palveluiden eritasoinen toteutuminen saman maantieteellisen alueen eri osissa tai eri puolilla Suomea, kuin kuntapohjaisessa mallissa.¹⁶⁵ Näin ollen voisi ajatella, että sote-uudistuksen myötä alueellisen yhdenvertaisuuden toteutuminen asuinpaikan osalta, näkyisi enemmän käytännön ratkaisuihin pelkästään sen vuoksi, että uudistus on tehty nimenomaan yhdenvertaisuuden edistämistä ajatellen.

Alueellinen yhdenvertaisuus ei toisaalta ole merkittävästi vahvistunut sote-uudistuksen myötä. Tätä on entisestään heikentänyt hallituksen päinvastaiset ratkaisut muiden lainsäädännössä mahdollisesti toteutuvien uudistusten myötä. Esimerkiksi eduskunnan StVL:n käsittelyssä oleva päivystys- ja sairaalaverkkouudistus muuttaisi Kemin ja Savonlinnan sairaaloiden yöaikaisen yhteispäivystyksen perusterveydenhuollon päivystykseksi, jossa etenkin syrjäseuduilla asuvien välimatkat hoitoon pääsyn osalta pitenevät. Sairaalaverkkouudistuksesta selostetaan myöhemmin lisää. Toisaalta THL on juuri julkaisemassaan laajassa raportissa tarkastellut sote-uudistuksen onnistumista. Raportissa palveluiden voidaan katsoa parantuneen, mutta alueelliset erot ovat edelleen merkittäviä.

¹⁶³ HE 241/2020 vp, s. 384.

¹⁶⁴ Rantamäki - Kattilakoski - Halonen 2021, s. 385–386.

¹⁶⁵ PeVL 26/2017 vp, s. 39.

Yksilötasolla monien palvelut ovat muutoksen johdosta saattaneet heikentyä, vaikka väestötasolla tilanne olisikin menossa parempaan suuntaan.¹⁶⁶

4.1.5 Hyvinvointialueiden rahoitus ja ohjaukset

Sote-uudistuksesta puhuttaessa korostuu usein terveydenhuoltoon liittyvä rahoituksen haasteellisuus. Huolta herättää se, miten terveydenhuollon kasvava tarve voidaan rahoittaa

40

samalla, kun ihmiset vanhenevat ja huoltosuhde heikkenee syntyvyyden vähentyessä.¹⁶⁷ *Rahoitukseen liittyvät haasteet* ovat yksi niistä keskeisistä tekijöistä, joiden vuoksi sote-uudistus myös tehtiin ja johon riittävyyden kriteerien toteutuminen olennaisesti kiinnittyy. Samoin valtion ohjauksella on tarkoitus varmistaa, että *julkinen talous pysyy kestäväenä ja rajallisia voimavaroja käytetään tehokkaasti*.¹⁶⁸

Kun sote-uudistuksella haetaan kantavuutta terveydenhuollon rahoitukseen ja saatavuuden sekä saavutettavuuden parantamiseen, tarvitaan myös rahoitusratkaisu.¹⁶⁹ Rakenteessa, jossa yksi järjestäjä vastaa toiminnan toteutuksen lisäksi rahoituksen ohjauksesta ja kohdentamisesta, katsotaan olevan parhain mahdollisuus toteuttaa palveluissa merkittäviä toiminnallisia uudistuksia.¹⁷⁰ Hyvinvointialueisiin kohdistuu seuranta- ja arviointivelvoitteita ja ohjauksen mekanismit ovat kuntiin verrattuna laajempia ja velvoittavampia.¹⁷¹ Rahoitus pohjautuu valtion laajaan rahoitukseen, minkä ohella alueet käyttävät terveyspalveluista perittäviä asiakasmaksuja sekä myyntituottojen osuuksia.¹⁷²

Valtiolla on sote-uudistuksen myötä erilaisia keinoja sen pyrkiessä kohdistamaan rahoitusta siten, että turvaamisvelvoite täyttyy mahdollisimman täysimääräisesti. Terveyspalvelujen ollessa sidottuna tiettyyn budjettiin, laki hyvinvointialueiden rahoituksesta (617/2021) on merkittävä arvioitaessa riittävyyttä. Kyseisen lain mukaan, hyvinvointialueella on oikeus saada vaadittuun tarpeeseen valtiolta *lisärahoitusta*, mikäli rahoituksen taso vaarantaa riittävien

¹⁶⁶ THL Raportti 3/2025, s. 152.

¹⁶⁷ Rautiainen - Taskinen - Rissanen 2020, s. 33.

¹⁶⁸ VM, Hyvinvointialueiden ohjaus, ks. <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-ohjaus>.

¹⁶⁹ Arajärvi 2023, s. 126–127.

¹⁷⁰ HE 241/2020 vp, s. 230.

¹⁷¹ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 353–355.

¹⁷² HE 241/2020 vp, s. 381.

palvelujen järjestämisen (laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 11 §). Lisärahoituspäätös voi sisältää vaikuttavuutta, laatua, määrää tai järjestämisen tehokkuutta koskevia ehtoja.¹⁷³ Mahdollista lisärahoitusta varten talousarvioon on perustettu erillinen arviomäärärahamomentti.¹⁷⁴

Lisärahoituksen saaminen voi johtaa hyvinvointialueen *arviointimenettelyyn*, jotta palvelut saadaan turvattua (järjestämislaki 27 §). Arviointimenettely voidaan nähdä eräänlaisena

41

poikkeuksellisenä ohjauksen keinona. Hyvinvointialueesta annetussa laissa säädetään sekä arviointimenettelystä että toimivallan rajoittamisesta, mikäli menettelyyn ryhdytään. Menettelyn johdosta valtio ottaa hyvinvointialueella vastuun ja aloittaa talouden tervehdyttämisen. Viimeisenä keinona voi olla *-alueen lakkautus ja yhdistäminen toiseen alueeseen*.¹⁷⁵ Alueiden *ohjauksesta* taas on säädetty hyvinvointialueista annetun lain 3 luvussa. Keskeisenä ohjauksena välineenä voidaan pitää entistä tiiviimpää ja vaikuttavampaa vuorovaikutusta valtioneuvoston sekä hyvinvointialueiden välillä. Vuosittain järjestettävillä hyvinvointialueen ja ministeriöiden neuvotteluilla sekä muulla toistuvalla ohjauksella on tarkoitus *vahvistaa hyvinvointialueiden kykyä varmistaa asukkaiden perusoikeuksien sekä vaikuttavien ja oikea-aikaisten terveyspalvelujen yhdenvertainen toteutuminen*. Ohjauksen vahvistamisella katsotaan edistettävän lisäksi alueellisesti yhdenvertaisten palvelujen saatavuutta. Erityisesti pienet kunnat tulisivat hyötymään ohjauksen ja tuen rakenteiden vahvistumisesta.¹⁷⁶ Muina ohjaukskeinoina ovat muun muassa säädös- ja resurssiohjaus.¹⁷⁷

Ratkaisevassa asemassa hyvinvointialueille osoitettujen tehtävien asianmukaisen hoitamisen turvaamisessa on nimenomaan rahoituksen riittävyys ja sen oikea kohdentaminen, huolimatta siitä, että PeVL mukaan PL 121.4 §:ssä tarkoitettujen alueiden rahoitusta tulee soveltuvien osin arvioida valiokunnan rahoitusperiaatetta koskevan käytännön nojalla.¹⁷⁸ Suurin osa hyvinvointialueista katsoo tällä hetkellä, etteivät ne pysty säästämään menoistaan niin paljon ja nopeasti kuin rahoituslaki vaatii. Tarvittavat säästöt saataisiin alueiden mukaan aikaiseksi

¹⁷³ VM, Hyvinvointialueen rahoituksen määräytyminen, ks. <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-rahoitus>.

¹⁷⁴ HE 154/2022 vp, s. 88. Ks. myös HE 68/2022.

¹⁷⁵ Nykänen - Laatikainen 2022, s. 340.

¹⁷⁶ HE 241/2020 vp, s. 381–384.

¹⁷⁷ HE 241/2020 vp, s. 358., VM, Hyvinvointialueiden ohjaus, ks. <https://vm.fi/hyvinvointialueiden-ohjaus>.

¹⁷⁸ PeVL 18/2018 vp, s. 21.

lisärahoituksen avulla, jota hallitus ei tällä hetkellä ole erityisemmin myöntänyt. Alueet perustelevat lain rikkomista myös sillä, että niiden täytyy turvata perustuslaissa turvatut oikeudet.¹⁷⁹

Sen sijaan, että hallituksen budjettiriihessä myönnettäisiin hyvinvointialueille lisärahoitusta, se on viimeisimmässä lisätalousarviossaan leikkaamassa esimerkiksi Helsingin sote-rahaa kymmenillä miljoonilla, koska alue on onnistunut edellisinä vuosina tekemään ylijäämäistä tulosta karsimalla vahvasti palveluiden osalta.¹⁸⁰ On siten ristiriitaista, miten

42

hyvinvointialueet käytännössä ensin pakotetaan karsimaan palveluiden järjestämisestä niin paljon kuin mahdollista, jotta ne saavuttavat budjetilliset tavoitteet. Kun tavoite on saavutettu, siitä käytännössä ”rangaistaan”, kun lisätalousarviossa rahoitusta vähennetään entisestään. Tämä asettaa samalla esimerkiksi Helsingin sote-alueella asuvat ihmiset eriarvoiseen asemaan eikä toteuta julkisen vallan turvaamisvastuuta tai toimeksiantovaikutusta lainsäätäjän tarkoittamalla tavalla.

Uudistuksen yhteydessä on tehty paljon kirjauksia lisärahoituksen mahdollisuuden löyhentymisestä ja henkilöstön palkkaamisesta. Todellisuudessa terveyssektorilla palveluita karsitaan ja henkilöstöä vähennetään. On haastava ymmärtää, miten tällaisia ratkaisuja tehdään, kun lain uudistukset ja käytännön kokemukset viestivät kaikkea muuta palveluiden osalta. *Lainsäätäjän tulkinnoissa korostuu ennen kaikkea budjettioikeudellinen näkökulma, jossa merkityksellisintä on toteuttaa palveluiden minimitaso, joka tuntuu vaihtelevan hallituskausittain.* Näin ollen sote-uudistuksen potentiaalia velvoittaa lähinnä aikakausittain muuttuvat asenteet ja se, miten valmiita päättäjät ovat valmiita kohdentamaan terveyssektorille rahoitusta.

Silloin kun PL 19.3 §:ssä tarkoitettujen terveyspalvelujen taso on riippuvainen tavallisen lainsäädännön perusteella tehtävistä hyvinvointialueiden päätöksistä, alueiden on omalta osaltaan pidettävä huoli siitä, että se talousarviopäätöksissään turvaa jokaiselle säännöksen edellyttämät riittävät palvelut ja ettei jo saavutettua palvelun tasoa lasketa alle

¹⁷⁹ Ainakin puolet Suomesta aikoo rikkoa lakia – hyvinvointialueet selittävät, miksi, 2024. yle.fi.

¹⁸⁰ HE 8/2025 vp, s. 11. Ks. myös Hallitus on viemässä 35 miljoonaa euroa Helsingin sote-rahaa – pormestari pitää esitystä ”mielivaltaisena”, 2025. yle.fi.

riittävyysminimin. Näin PL 19.3 § täydentää järjestämislain 8 §:n säännöstä.¹⁸¹ Terveyspalveluihin suunnattu yhä vähenevä rahoitus ja budjettioikeudellisten tulkintojen ensisijaisuuden korostaminen näkyvät riittävyyden kriteerien puutteellisessa toteutumisessa sote-uudistuksen monipuolisista tavoitteista ja lainsäädännöstä huolimatta. PL 22 §:ssä suunnattu velvoite perusoikeuksien käytännön toteuttamisesta jää siten vajaaksi.

4.2 Päivystys- ja sairaalaverkkouudistus

Sote-uudistuksen jälkeen on käynnistynyt kokonaisvaltainen palveluiden sisällön uudistaminen, johon kuuluu myös päivystyksen ja erikoissairaanhoidon työnjakoa koskeva arviointi. Päivystyksiköiden ja sairaaloiden tulee toimia kansallisena kokonaisuutena

43

varautumisen sekä valmiuden näkökulmasta. Palvelurakenne ei ole taloudellisesti kestävä. Erikoissairaanhoidon kustannuksiin menee yli kolmasosa hyvinvointialueiden rahoituksesta. Siten, nyky muodossa olevaa sairaalajärjestelmää ei kansallisesti tarkastellen voi enää pitää vaihtoehtona.¹⁸² *Kustannustehokas, yhdenvertainen ja tarkoituksenmukainen ja päivystys- ja sairaalaverkko* on mahdollista luoda ainoastaan lainsäädäntöä uudistamalla ja siten, että se vastaa muuttunutta toimintaympäristöä ja rakenteita.¹⁸³ Hallituksen sairaalaverkkouudistusta koskevassa esityksessä 149/2024 pyritään vastaamaan samoihin haasteisiin kuin sote-uudistuksen avulla.¹⁸⁴

Esityksen myötä ehdotetaan, että jokaisella hyvinvointialueella olisi mahdollista sijaita yksi yliopistollinen sairaala tai keskussairaala sille nimetyllä paikkakunnalla, jossa velvoittena on ylläpitää sairaalan toiminnan varmistavaa sekä väestölle avointa monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä. Laissa myös säädettäisiin paikkakunnista, joissa ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon päivystystä on mahdollista ylläpitää sekä niistä paikkakunnista, joissa voisi vaihtoehtoisesti tapahtua rajattua ympärivuorokautista erikoissairaanhoidon päivystystä.¹⁸⁵

Eduskunta on hyväksynyt päivystys- ja sairaalaverkon sekä sairaaloiden leikkaustoiminnan uudistamista koskevat lait vuoden 2024 lopussa. Leikkaustoimintaa koskevat muutokset tulivat

¹⁸¹ Tuori - Kotkas 2023, s. 269.

¹⁸² HE 149/2024 vp, s. 57.

¹⁸³ STM, Päivystys- ja sairaalaverkon uudistaminen 2025.

¹⁸⁴ HE 149/2024 vp, s. 57.

¹⁸⁵ HE 149/2024 vp, s. 1.

voimaan 1.1.2025, ja päivystyksiä koskevat muutokset tulevat voimaan 1.10.2025. Lisäksi uudistusta käsittelevä työryhmä on ehdottanut, että 1.1.2026 alkaen yöaikaisten erillisten perusterveydenhuollon päivystyspisteitä vähennettäisiin, jokaisella hyvinvointialueella voisi olla vain yksi synnytysairaala sekä yksi sairaala, jossa toteuttaa erikoisalojen ympärivuorokautista päivystystä, tehohoitoa ja -valvonta sekä leikkaustoimintaa.¹⁸⁶

4.2.1 Uudistuksen taustasta ja lainsäädännöstä

StVL on todennut hallituksen esityksestä, joka koskee terveydenhuollon päivystyksen ja leikkaustoiminnan lainsäädännön muuttamista, että alusta asti ajatuksena on ollut toteuttaa terveydenhuollon palvelulainsäädäntö vastaamaan muuttuneita terveydenhuollon rakenteita. Aikaisemmin hyvinvointialueilla on haluttu pitää kiinni päivystyksestä, erikoissairaanhoidosta ja leikkaustoiminnasta jopa muiden alueen palveluihin käytettävissä olevien talous- ja henkilöstöresurssien kustannuksella. Tämä on puolestaan johtanut osaamisen jakautumiseen, epätarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin ja työpanoksen hintojen nousuun vuokratyövoiman sekä ostopalveluiden myötä.¹⁸⁷

Jotta koko maan ja väestön palvelut on mahdollista turvata tarkoituksenmukaisesti, sairaalasääntelyä ja sen osaksi kuuluvan päivystyssääntelyn rakennetta pitää tarkastella kokonaisuutena. Näin ollen on oikeutettua, että päivystävistä sairaaloista säädetään tietyiltä osin velvoittavasti.¹⁸⁸ Uudistusta koskevassa harkinnassa merkityksellisiä seikkoja ovat sairaalan saavutettavuuteen, palvelujen laatuun sekä potilasturvallisuuteen liittyvät tekijät. Kyse on näiden PL 19.3 §:ssä turvattujen oikeuksien toteuttamiseen liittyvien tekijöiden yhteensovittamisesta.¹⁸⁹ Päivystystä ja erikoissairaanhoidon työnjakoa koskeva nykyinen sääntely on säädetty laissa terveydenhuoltolain muuttamisesta (1516/2016) ja sen nojalla annetulla erikoissairaanhoidon keskittämisasiäasetuksella sekä päivystysasetuksella. Tuolloin

¹⁸⁶ HE 149/2024 vp, s. 58.

¹⁸⁷ StVM 27/2024 vp, s. 70, STM 2024 selvitys, s. 10.

¹⁸⁸ HE 319/2022 vp, s. 14.

¹⁸⁹ StVM 27/2024 vp, s. 11–12.

Suomessa säädettiin olevan 13 ympärivuorokautista laajan päivystyksen yksikköä, joista kaikkein vaativinta hoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita on viisi.¹⁹⁰

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STM) mukaan 50 §:n mukainen sääntely sääntelee sairaaloiden tehtäviä keskeisesti. Se määrittää ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen alueellista tasoa ja laajuutta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osalta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 50.5 §:n nojalla STM:n on mahdollista myöntää hyvinvointialueelle lupa järjestää ympärivuorokautinen perusterveydenhuolto tai akuuttilääketieteen päivystys, mikäli päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja palvelujen saavutettavuus edellyttävät sitä eikä tarvittavia palveluja voida tarpeeksi turvata ensihoitopalvelun avulla. Ympärivuorokautinen päivystys voidaan toteuttaa terveyskeskuksen päivystysyksikössä, jos etäisyydet ovat alueella pitkiä.

45

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 45.1 §:n nojalla osa sellaisista toimenpiteistä, tutkimuksista, sekä hoidoista, jotka vaativina tai harvoin esiintyvinä edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän osaamisen ja taidon saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai vaativat merkittäviä investointeja välineisiin sekä laitteistoihin terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin. Edelleen lainsäädännöllä ja alueiden sopimuksilla sekä palvelu- ja hoitoketjujen avulla pyritään varmistamaan yhdenvertainen saatavuus.¹⁹¹

StVL on korostanut yleistä tarvetta kehittää sekä etä- ja digipalveluita että ensihoito- ja terveystieteiden palveluita, jotta suunnitellut muutokset sairaalaverkossa tapahtuvat hallitusti ja suunnitelmallisesti väestön tarpeisiin vastaten.¹⁹²

4.2.2 Sairaalaverkon keskittämisen syyt ja vaikutukset

PeVL on katsonut, että terveydenhuollon järjestäjien toimintaedellytysten turvaaminen päivystys- ja sairaalaverkkouudistuksen avulla sekä riittävien voimavarojen osoittaminen, on olennainen tekijä PL 19.3 §:stä ja 22 §:stä johtuvia julkisen vallan velvoitteita täsmennettäessä ja toteutettaessa.¹⁹³ Yksinomaan hyvinvointialueiden omiin päätöksiin tai

¹⁹⁰ HE 149/2024 vp, s. 17.

¹⁹¹ HE 319/2022 vp, s. 17–18.

¹⁹² StVM 27/2024 vp, s. 11.

¹⁹³ PeVL 41/2010 vp, s. 2/II.

yhteistyöalueiden sopimiseen perustuen ei pystytty turvaamaan toimivaa sairaalajärjestelmää ja siten riittäviä terveystalvueluita koko väestölle.¹⁹⁴

Sairaaloiden keskittämisen tarkoituksena on *parantaa PL 19.3 §:n osalta vaikuttavuuden kriteereitä*, kun henkilöstön riittävyys ja monipuolinen osaaminen varmistetaan. Osalle saavutettavuus voi heikentyä, sillä etäisyydet kasvavat ja kuljetusjärjestelyt voivat lisätä kustannuksia. Päivystystä koskevassa sääntely-yhteydessä on huomattava, että ympärivuorokautista päivystystä tarjoavat sairaalat tarjoavat kuitenkin kiireellistä hoitoa kaikille asuinpaikasta riippumatta.¹⁹⁵ Hallituksen esityksessä 319/2022 on todettu, että saavutettavuus päivystyspisteisiin ei voi koskaan olla kaikille täysin samanlainen, kun väestö

46

liikkuu ja asuu eri puolilla Suomea. Siitä huolimatta yhdenvertainen pääsy päivystyspalveluiden piiriin tulisi jokaisen kohdalla varmistaa.¹⁹⁶

On mahdollista, että perusterveydenhuollon hoitotakuun pidentäminen yhdessä sairaalaverkon keskittämisen kanssa vaikuttaa kielteisesti päivystyspalveluiden kuormittumiseen, lisää häiriökysyntää sekä kasvattaa erikoissairaanhoidon tarvetta.¹⁹⁷ Samaan aikaan päivystyspalveluiden maksuihin tehdään korotuksia. Näin ollen erikoissairaanhoidossa perittävät maksut kuormittavat asiakasta enemmän ja vaikeuttavat hoitoon hakeutumista.¹⁹⁸

Perustuslaillinen ongelma terveydenhuollon järjestämistä koskevassa lainsäädännössä PL 19.3 §:n osalta saattaa PeVL:n mukaan syntyä, mikäli ehdotettuun lainsäädäntöön sisältyy *rakenteellisia ongelmia*, jotka johtavat suurella todennäköisyydellä oikeuksien tosiasiallisen toteutumisen vaarantumiseen.¹⁹⁹ *PeVL on katsonut, että muutoksen johdosta harvalukuisempiin ja suurempiin yksiköihin tapahtuva keskittäminen ei ainakaan nyt muodostu valtiosääntöoikeudellisesti ongelmalliseksi*²⁰⁰. Esityksen ehdottama palveluiden keskittäminen

¹⁹⁴ StVM 27/2024 vp, s. 71–72.

¹⁹⁵ StVM 27/2024 vp, s. 11.

¹⁹⁶ HE 319/2022 vp, s. 17–18.

¹⁹⁷ HE 134/2024 vp, s. 74–75.

¹⁹⁸ HE 149/2024 vp, s. 149–150.

¹⁹⁹ Ks. esim. PeVL 26/2017 vp, s. 37–38

²⁰⁰ PeVL 63/2016 vp, s. 2–3, 5.

ei ole ongelmallinen, kunhan uudistuksen *vaikutuksia seurataan* ja mahdolliset ongelmat korjataan viipymättä.²⁰¹ PL 22 §:n nojalla valtioneuvoston tulee ryhtyä toimiin, mikäli muun muassa hallituksen arvion mukaan tiettyjen erikoissairaanhoidon palveluiden ylläpito kohdentaa resursseja epätarkoituksenmukaisesti pois muista palveluista tai palvelujärjestelmän toimivuudessa havaitaan ongelmia henkilöstöön liittyvistä syistä.²⁰²

Suunnitellut muutokset sairaala- ja päivystysverkossa vauhdittavat ja mahdollistavat uudenlaisten toimintamallien kehittämistä sekä käyttöönottoa. Sairaalaverkon ei katsota voivan uudistua tarpeeksi ilman edellä käsiteltyä muutoksia.

4.3 Hoitotakuun uudistus

Hoitotakuun lainsäädäntö muuttui Marinin hallituskauden aikana vuonna 2023. Silloin perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikoja tiukennettiin vaiheittain perusterveydenhuollossa kolmesta kuukaudesta 14 vuorokauteen ja suun terveydenhuollossa neljästä kuukaudesta kolmeen kuukauteen. Kyseistä uudistusta koskevassa hallituksen esityksessä (HE 74/2022) tavoitteena oli parantaa saatavuutta ja vahvistaa terveydenhuollon peruspalveluja. Nopeammalla hoitoon pääsyllä katsottiin mahdolliseksi ehkäistä ongelmien pitkittymistä sekä kasautumista.²⁰³ Uudistuksen tarkoituksena oli turvata perusterveydenhuollon hoitoon pääsy lopulta seitsemässä vuorokaudessa aikaisemman kolmen kuukauden sijaan siitä, kun on tehty yksilöllinen arvio annettavan hoidon tarpeesta. Seitsemän vuorokauden määräajan oli tarkoitus tulla voimaan 1.11.2024.

Hallituksen esityksessä (HE 74/2022) kuitenkin todetaan, että palvelujärjestelmän resurssit eivät todellisuudessa riitä soveltamaan kaikkien perusterveydenhuollon hoitokäyntien kohdalla kyseistä seitsemän vuorokauden määräaika. Sen sijaan lainsäädäntöteitse määräaika koskeva

²⁰¹ HE 149/2024 vp, s. 215. Ks. myös PeVL 17/2021 vp, kappale 74.

²⁰² HE 149/2024 vp, s. 215.

²⁰³ HE 74/2022 vp, s. 65.

vaatimus on kohdennettava niihin palveluihin, joissa hoitoon pääsy on toteutettava nopeasti.²⁰⁴ Tilanne realisoitui lopulta siten, että määräaikoja pidennettiin ja hoitotakuun lainsäädäntöä muutettiin jälleen terveydenhuollon työvoimapulan ja taloudellisten syiden vuoksi pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaisesti.²⁰⁵ 14 vuorokauden kiirettömään hoitoon pääsyn enimmäisajasta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa on luovuttu siten, että lakimuutosten myötä hoitoon pääsyn enimmäisaika on 1.1.2025 alkaen perusterveydenhuollon kiirettömässä hoidossa jatkossa 3 kuukautta (terveydenhuoltolain 51 a §). Lisäksi perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa on luovuttu 1.11.2024 voimaan tulleesta kolmen kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisajasta siten, että hoitoon pääsyn enimmäisaika on 1.1.2025 alkaen kuusi kuukautta (terveydenhuoltolain 51 b §). Muutos ei koske alle 23-vuotiaita.

Hoitoon tulisi kuitenkin kaikissa tapauksissa päästä kohtuullisessa ajassa iästä huolimatta sekä lääke- ja hammaslääketieteelliset syyt ja potilaan yksilöllinen tilanne huomioiden.

48

Oikeus terveystalouteen on toteutettava yksilöllisen tarvearvion perusteella, jolloin tulee arvioida, tarvitseeko potilas hoitoa nopeammin kuin lain sallimassa enimmäisajassa. Valiokunta on painottanut hoitotakuun pidentämistä siltä osin, että PL 19.3 §:n oikeus riittäviin ei-kiirettömään perusterveydenhuollon palveluihin ja suun terveydenhuoltoon toteutuu joka tapauksessa yksilötasolla. Oleellista lainsäätäjän mukaan on tällöin painottaa *hoidon tarpeen arvioinnin tosiasiallisen suorittamisen merkitystä*.²⁰⁶

4.3.1 Uudistuksen syyt ja merkitys valtiosääntöoikeuden kontekstissa

Vuodesta 2025 alkaen uudistuksella tavoitellaan julkisessa terveydenhuollossa vähintään 97 miljoonan euron vuotuisia *säästöjä*.²⁰⁷ Terveydenhuollon katsotaan muodostavan niin huomattavan osan valtion kokonaismenoista, jolloin säästötoimien mittakaavat huomioiden sitä ei ole mahdollista kokonaan jättää säästötoimenpiteiden ulkopuolelle.²⁰⁸ Toisaalta PeVL:n asiantuntijakuulemisissa tuotiin esille se näkökulma, että hyvinvointialueiden kyky huolehtia terveydenhuollon palveluiden tarjoamisesta ja kehittämisestä hankaloituu resurssien vähentämisen myötä. Samoin kuulemisissa korostettiin kuuden kuukauden enimmäisajan

²⁰⁴ HE 74/2022 vp, s. 63.

²⁰⁵ StVM 25/2024 vp, s. 3.

²⁰⁶ StVM 25/2024 vp, s. 2–5.

²⁰⁷ HE 134/2024 vp, s. 53.

²⁰⁸ StVM 25/2024 vp, s. 8.

olevan liian pitkä oikea-aikaisen tutkimuksen sekä hoidon toteuttamiseksi.²⁰⁹ Löyhentyvän hoitotakuu-uudistuksen tavoitteena on myös *turvata käytettävän työvoiman riittävyys* koko julkisen terveydenhuollon näkökulmasta tarkasteltuna, vaikka rahoituksen vähentäminen saattaa sinällään vaikuttaa tähänkin.²¹⁰

Valiokunnan mielestä estettä ei ole sille, että valtiontalouden säästöjä voidaan kansantalouden ja julkisen talouden tilan huomioiseksi kohdentaa määrältään verraten vähäisiinkin menovähennyksiin tarvittavien valtiontalouden säästöjen aikaansaamiseksi.²¹¹ Silloinkin tulee huomioida, ettei sääntely kokonaisuutta arvioitaessa vaaranna PL:ssa turvattujen perusoikeuksien toteutumista. Hyvin kireän hoitotakuuajan voidaan joissain tilanteissa katsoa johtavan PL 19 §:ssä turvattujen oikeuksien kielteisiin ilmiöihin, kuten hoitokäyntien epätarkoituksenmukaiseen priorisointiin hoitoaikoja annettaessa, jolloin pidempi hoitoon

pääsyn enimmäisaika voi toisaalta tukea palvelujärjestelmän kehittämistä hoidon jatkuvuutta edistävään suuntaan.²¹²

Säästöperustelujen osalta osa kuultavista kritisoi esityksestä johtuvaa taloudellisten resurssien vähentämistä. Kuultavat toivat esille sen, että silloisen hoitotakuun tiukkenemisen yhteydessä myönnetty rahoituslisä on monin tavoin parantanut hoitoon pääsyä ja mahdollistanut henkilöstölisäykset hyvinvointialueilla. Samoin useat kuultavat katsoivat, että leikkausten katsottiin pakottavan hyvinvointialueet jopa merkittäviin työvoiman vähennyksiin sen sijaan, että sillä saataisiin aikaiseksi kustannussäästöjä. Hoitotakuun keventämisen katsottiin olevan kaiken kaikkiaan epätarkoituksenmukainen säästökohde.²¹³

Tarkasteltaessa määräaikojen muutosta, ehdotuksen voidaan arvioida muodostavan terveyspalvelujen toteuttamiseen liittyvän lakisäateisen määräajan heikentäminen. Toisaalta

²⁰⁹ StVM 25/2024 vp, s. 8, 12.

²¹⁰ HE 134/2024 vp, s. 115.

²¹¹ PeVL 45/2024 vp, kappale 8.

²¹² HE 134/2024 vp, s. 115.

²¹³ StVM 25/2024 vp, s. 7.

PeVL mukaan merkitystä on sillä, että nyt ehdotettavat määräajat vastaavat asiallisesti valiokunnan myötävaikutuksella voimassa olevasta sääntelystä aiemmin säädettyä.²¹⁴ Täten valiokunnan linjauksista voi päätellä, että vaihtuva linja palveluiden osalta on hyväksyttävissä. Vaikka aikaisemmin ennen hoitotakuun tiukentamista, määräajat olivat samat kuin Orpon hallituksen nyt ajamat määräajat, viimeisimmän hoitotakuu-uudistuksen läpivienti ei poista kasvavaa palvelun tarvetta eikä pidentyviä hoitajajonoja. Voisi kuvitella, että erityisesti nyt nähtäisiin tarkoituksenmukaisena hoitajajonon lyhentäminen sen sijaan, että uudistusta aikaisempiin määräaikoihin perusteltaisiin sillä, että linjaus on joskus aikaisemminkin hyväksytty.

Edellä esitetyn perusteella oppi perusoikeusmyönteisestä tulkinnasta jää toissijaiseksi ja huomio keskittyy erityisesti julkisen talouden tilanteeseen sekä henkilöstön turvaamiseen, jolle katsotaan olevan valtiosääntöoikeudellisesti hyväksyttävät yhteiskunnalliset perusteet. Ehdotettavaa lain tasoista sääntelyä pidetään kuitenkin tarpeeksi täsmällisenä, sillä hoidosta tai muista terveydenhuollon velvoitteista ei ole niiden toiminnan luonteen vuoksi mahdollista eikä tarkoituksenmukaistakaan säätää yhtä täsmällisesti kuin monen muun hallinnonalan velvoitteista. Heikennyksillä ei katsota myöskään kajottavan PL 19.3 §:ssä turvattujen

oikeuksien ydinalueeseen. Ehdotettavan sääntelyn on siten katsottu täyttävän perusoikeuksien tason heikentämiselle yleisesti asetettavat valtiosääntöoikeudelliset edellytykset sekä toimeksiantovaikutuksen täyttymisen valtion osalta.²¹⁵

PeVL on alleviivannut useissa lausunnoissaan sitä vaatimusta, että terveydenhuollon palvelujen tarjonnan tulee kattaa riittävästi myös maan eri osissa asuvat.²¹⁶ Esitykseen nojautuen voidaan arvioida ehdotettujen enimmäisaikojen heikentävän alueellista yhdenvertaisuutta. Hoitotakuun pidentyminen johtaa joko jonkin verran tai jopa merkittävästi siihen, että alueelliset ja eri väestöryhmien väliset erot hoitoon pääsyssä kasvavat.²¹⁷ Ottaen edellä kuvatut seikat huomioon - eli turvata kohtuullisessa ajassa kaikille hoitoon pääsyn

²¹⁴ Ks. PeVL 20/2004 vp.

²¹⁵ HE 134/2024 vp, s. 115–116.

²¹⁶ HE 134/2024 vp, s. 116.

²¹⁷ StVM 25/2024 vp, s. 5.

potilaan yksilöllinen tilanne huomioiden - asiassa on kuitenkin katsottu, että muutos ei muodostu perustuslailliselta kannalta kyseenalaiseksi.²¹⁸

Palveluiden haasteet on tiedostettu Orpon hallitusohjelmassa. Hallitusohjelmaan on siten kirjattu, että jos tarvittavaa hoitoa ei ole mahdollista saada enimmäisajan puitteissa, asiakas on tällöin oikeutettu saamaan palvelusetelin tai maksusitoumuksen toisen palveluntuottajan tarjoamana.²¹⁹ Tällainen suhtautuminen erityisesti yksityisen terveydenhuollon vahvaan toissijaiseen asemaan julkisen terveydenhuollon rinnalla, sote- ja hoitotakuu-uudistuksien jälkeenkin, näkyy ostopalvelujen kysynnän ja kustannusten vahvana nousuna.²²⁰ Ulkoistaminen siirtää julkisen vallan vastuuta terveydenhuollosta merkittävästi muiden toimijoiden toteutettavaksi, jonka vuoksi myös näiden toimijoiden osalta lainsäädäntöä on pyritty uudistamaan siten, että se vastaa perustuslain tasoisiin oikeuksiin.

5 YHTEISTYÖ PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISESSÄ

Suomalainen julkishallinto on viime vuosikymmenien aikana käynyt läpi huomattavan rakennemuutoksen, jossa on asteittain luovuttu virkamieshallintoperiaatteeseen pohjautuvasta hallinnon järjestämisestä ja palvelujen tuottamisesta ”omana työnä”. Samaan aikaan

palvelutuotantomallit, jotka nojaavat yksityiseen sektoriin ovat tulleet jäädäkseen.²²¹ Tällä tavalla hyvinvointialueen ulkoistaessa terveystalveta se antaa niiden tuotantovastuun kokonaan tai osittain itsensä ulkopuolelle. Ulkoistus ei poista lakisäateistä järjestämisvastuuta, viranomaisvastuuta eikä valvontavelvollisuutta esimerkiksi palvelujen riittävyden kriteereistä.²²² Kun viranomaiselle on säädetty velvollisuus järjestää joku palvelu, on sillä velvollisuus myös niin toimia.²²³

Hyvinvointialueista annetun lain 9.1 §:n nojalla hyvinvointialueella on mahdollisuus tuottaa järjestämisvastuulleen kuuluvat palvelut joko itse, muiden hyvinvointialueiden kanssa

²¹⁸ HE 134/2024 vp, s. 116.

²¹⁹ Valtioneuvosto, Valtioneuvoston julkaisuja, Vahva ja välittävä Suomi 2023.

²²⁰ StVM 25/2024 vp, s. 5.

²²¹ Muukkonen 2012, s. 2.

²²² Junnila - Fredriksson 2012, s. 6.

²²³ Muukkonen 2020, s. 47.

yhteistoiminnassa tai hankkia ne muilta palveluntuottajilta. Palveluiden hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta säädetään puolestaan järjestämislain 3 luvussa. Hyvinvointialue voi järjestämislain 12.1 §:n mukaan hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta sopimuksella asiakkaalle annettavia terveysterveyspalveluja, mikäli tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi sellainen on tarpeen. Yksityiseltä palveluntuottajalta on mahdollista hankkia kaikkia sellaisia terveydenhuollon palveluja, joista ei ole laissa erikseen kielletty. Alueen on huolehdittava sille kuuluvien terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta toteutumisesta niitä hankkiessa sekä järjestäessä.²²⁴ Edellä mainitut keinot ovat järjestämisvastuussa olevalle vaihtoehtoisia.

Ei voida suuresti pitää liioiteltuna sitä, että terveysterveyspalveluiden tuotantoon liittyviä käytännön ratkaisuja on tehty melkein yhtä paljon kuin siinä on ollut vastuussa olevia. Samoin tuotannon tavoille sekä yksityisten toimijoiden roolille on asetettu suhteellisen vähän ehdottomia rajoja järjestelmän toimesta.²²⁵ PL 124 §:n nojalla julkinen hallintotehtävä on mahdollista antaa lailla tai lain nojalla muulle kuin viranomaiselle, mikäli tällainen on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä se vaaranna oikeusturvaa, perusoikeuksia tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Vain viranomaiselle voidaan antaa sellaisia tehtäviä, jotka sisältävät merkittävää julkisen vallan käyttöä.

Esimerkiksi palveluseteliä koskevien säännösten tarkoituksena oli lisätä asiakkaiden valinnan mahdollisuuksia sekä edistää vaikuttavuuden kriteereitä yleisesti, kuten parantamalla saatavuutta ja edistää järjestäjien yhteistyötä.²²⁶ Myös PeVL katsoi setelin yhdeksi mahdolliseksi tavaksi toteuttaa julkiselle vallalle PL 19.3 §:ssä asetettua velvollisuutta.²²⁷ Palvelusetelistä on erikseen säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009). Seteli on sittemmin vakiintunut osaksi suomalaista terveydenhuoltoa. Nykyisen hallituksen tarkoituksena on lisätä ja yhtenäistä setelin käyttöä siten, että se voidaan nähdä aitona vaihtoehtona asiakkaalle.²²⁸

²²⁴ HE 149/2024 vp, s. 9.

²²⁵ Mäki-Lohiluoma 2022, s. 205.

²²⁶ HE 20/2009 vp, s. 16.

²²⁷ PeVL 10/2009 vp, s. 206.

²²⁸ Valtioneuvosto, Valtioneuvoston julkaisuja, Vahva ja välittävä Suomi 2023, s. 30, 33 ja 44.

Nykyinen hallitus on korostanut lukuisia muita uudistuksia, jotka on tarkoitus toteuttaa yhteistyössä muiden tahojen kanssa terveystalouden vahvistamiseksi. Tällainen uudistus on esimerkiksi Kela-korvausmallin kehittäminen, jossa kertaluonteista rahoitusta kohdennetaan lisärahoituksen avulla sairaanhoitovakuutuksen sairaanhoidon korvauksiin. Näin ollen vakuutetut, jotka käyttävät yksityistä terveydenhuoltoa, ovat oikeutettuja saamaan Kelalta korvauksia sairaanhoidon kustannuksista. Muutoksen on nähty vaikuttavan julkiseen perusterveydenhuoltoon monin tavoin.²²⁹

5.1 Uudistettu Kela-korvausmalli

Kela-korvauksia on tarkoitus kehittää vaiheistettusti. Ensivaiheessa eduskunnalle on tarkoitus antaa hallituksen esitys, jolla hedelmöityshoitojen korvattavuus palautetaan. Myöhemmin syksyllä valmisteltavana ja eduskunnalle annettavalla toisella hallituksen esityksellä palveluiden korvattavuutta laajennetaan. Näiden jälkeen on tarkoitus kehittää määräajan voimassa oleva pilotti, jossa yli 65-vuotiaiden lääkärikäynteihin hyödynnetään Kelan korvauksia. Pilotin tavoitteena on olla osana terveydenhuollon kokonaisuutta ja edistää osakseen rinnakkaisena valmisteluna tapahtuvaa omalääkärimallin kehittämistä.²³⁰

Hallituksen esityksessä 195/2024, jossa on kyse Kela-korvausten laajentamisesta, tavoitteena on näihin varatun lisärahoituksen sekä yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksiin

kohdistuvien muutosten turvin terävöittää saatavuutta sellaisten palvelujen kohdalla, joissa saatavuuden voidaan katsoa olevan hyvinvointialueilla heikompaa. Tarkoitus on myös vähentää kuormitusta julkisessa terveydenhuollossa, edistää eri ammattiryhmien välistä tarkoituksenmukaista työnjakoa sekä hyödyntää paremmin näiden ryhmien osaamista niin, että samanaikaisesti palvelun laatu ja tarpeeseen vastaaminen lisääntyvät.²³¹

²²⁹ Valtioneuvosto, Valtioneuvoston julkaisuja, Vahva ja välittävä Suomi 2023, s. 30, 33 ja 44 ja Kela 2025, Korvaukset yksityisestä sairaanhoidosta.

²³⁰ STM 2024, Kela-korvausten jatkokehittämisen tiekartta -muistio.

²³¹ HE 195/2024 vp, s. 27.

Hallituksen esityksessä 8/2025 on kaavailtu korvausmalliin lisärahoitusta vielä tänä vuonna. Valtion osuuteen sairausvakuutuslaista johtuvista menoista ollaan ehdottamassa 16,3 miljoonan euron lisäystä.²³²

5.2 Hedelmöityshoitojen korvaukset

Uudistetun Kelakorvaus-mallin mukaisesti kiinnitetään ensimmäisenä huomiota *hedelmällisyshoitoihin*. Hallitus on esityksessä 174/2024 esittänyt hedelmöityshoitojen palauttamisesta korvausten piiriin ja niin, että hoidoista maksettavia korvauksia on tarkoitus korottaa. Hoidoista, jotka on annettu lääketieteellisiin syihin perustuen, olisi mahdollista saada korvauksia. Sen sijaan sellaisia hedelmöityshoidot olisivat rajattu korvattavuuden ulkopuolelle, joita olisi annettu muun kuin sairauden tai terveydellisen syyn perusteella.²³³ Korvausta hedelmöityshoitoon liittyvistä yksityisen terveydenhuollon tutkimuksista sekä hoidoista on mahdollista saada, mikäli hoitoa on annettu 1.5.2025 tai sen jälkeen.²³⁴

Hedelmöityshoidoista annetussa laissa (1237/2006) säädetään muun muassa hedelmöityshoitojen antamisesta ja hoidon saamisen edellytyksistä. Laissa ei toisaalta säädetä hyvinvointialueen järjestämisvastuusta tai hedelmöityshoitojen korvattavuudesta. 1.1.2023 lukien hedelmöityshoidot eivät ole olleet sellaisia hoitoja, joita on korvattu sairausvakuutuksesta.²³⁵ Lisäksi julkisen sektorin hedelmöityshoitojen 40 vuoden ikäraja on alhaisempi kuin Kelan aikaisemmassa, 31.12.2022 saakka voimassa olleessa hedelmöityshoitojen korvauskäytännössä, jossa suorakorvaus oli mahdollista alle 43-vuotiaille. Tästä johtuen voidaan katsoa, että aikaisempi hedelmöityshoitojen korvausten

lakkauttaminen heikensi etenkin sellaisten 40 vuotta täyttäneiden naisten hedelmöityshoitoihin hakeutumisen mahdollisuuksia, joilla on sairausperuste.²³⁶

Sairausvakuutuslain (1224/2004, SVL) 1 luvun 3 §:n mukaisesti Kela vastaa sairausvakuutuksen toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä. Hallituksen esityksessä

²³² HE 8/2025 vp, s. 6.

²³³ Ks. Kela 2024, Hallitus suunnittelee muutoksia Kela-korvauksiin vuonna 2025.

²³⁴ Kela 2025, Korvaukset yksityisestä sairaanhoidosta.

²³⁵ HE 174/2024 vp, s. 8.

²³⁶ HE 174/2024 vp, s. 9.

hedelmöityshoitojen Kela-korvausten palauttamisesta SVL:n tutkimus- ja hoitokorvausten tarkoituksena on laajentaa vakuutettujen taloudellisia mahdollisuuksia hyödyntää yksityisiä palveluita ja vahvistaa asiakkaiden valinnanvapautta terveyspalvelujen tuottajan kohdalla niin, että sillä on lopulta positiivisia vaikutuksia syntyvyyteen.²³⁷ Hallitusohjelmassa tavoitteiksi on mainittu edellä mainittujen lisäksi hyvinvointialueiden taakan keventäminen sekä perusterveydenhuollon jonojen purkaminen.²³⁸

Sen sijaan korvausten tehtäväksi ei ole katsottu luoda vakuutetuille laajempia oikeuksia käyttää julkisia terveydenhuollon palveluja, vaan ainoastaan korvata tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksia. Hoito- ja tutkimuskorvaukset katsotaan täydentäväksi järjestelmäksi perusterveydenhuollon rinnalla.²³⁹ Tämä näkyy käytännössä siten, että asiakkaiden taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityistä terveydenhuoltoa ja valita palveluntuottaja parannetaan.²⁴⁰ Vakuutetun maksettavaksi hoito- ja tutkimustoimenpiteiden kustannusten osalta jää kuitenkin omavastuuosuus ja mahdolliset palvelumaksut korvausten tason korotuksista huolimatta (SVL 2 luvun 2 §). Jatkossakaan kaikilla ei ole sellaisia taloudellisia resursseja, joilla hakeutua hedelmöityshoitoihin yksityiselle sektorille. Näin ollen julkisen terveydenhuollon kyky tuottaa tarvittavat palvelut, kuten hedelmöityshoidot, painottuvat edelleen puhuttaessa esimerkiksi yhdenvertaisuuden toteutumisesta.

Samoin joillakin alueilla matka hoitoon voi olla pitkä, jolloin yksityisestä terveydenhuollosta saatavia palveluita ei ole yhtäläisesti tarjolla alueittain. SVL:ssa mainittuja *matkakorvauksia* on mahdollista saada yksityiseen terveydenhuoltoon suuntautuvasta matkasta, jos SVL:n mukaan sellainen on korvattava (SVL 4 luvun 1 §). Todellisuudessa matkakorvaus voi vaikuttaa mahdollisuuksiin käyttää yksityistä terveydenhuoltoa julkisen terveydenhuollon

sijasta vakuutetun osalta.²⁴¹ Näin ollen alueellinen saavutettavuus ei toteudu samantasoisena kaikille ainakaan tosiasiallisesti. Ylipäätään yksityisen sairaanhoidon korvausten voidaan katsoa toteuttavan lähinnä muodollista yhdenvertaisuutta hoitoon pääsyyn tukemisessa, koska

²³⁷ HE 174/2024 vp, s. 6.

²³⁸ Valtioneuvosto 2023, s. 22.

²³⁹ HE 174/2024 vp, s. 6.

²⁴⁰ HE 174/2024 vp, s. 17–18.

²⁴¹ HE 174/2024 vp, s. 12.

ehdotetulla lainmuutoksella ei heikennetä kenenkään oikeuksia nykytilanteeseen nähden²⁴². Siitä huolimatta PeVL on katsonut SVL:n toteuttavan osaltaan PL:n vaatimusta riittävästä terveyspalveluista.²⁴³

5.3 Korvattavien palvelujen laajentuminen

Hallitus on suunnitellut tiettyjen *palveluiden ja erikoisalojen vastaanottojen korvattavuuden* laajentamista sekä korottamista, ja että fysioterapia palautetaan keväällä 2025 Kela-korvausten piiriin. Samoin esimerkiksi suuhygienistin käynneistä olisi mahdollista saada korvaus ilman hammaslääkärin lähetettä korkeintaan kahdesti kalenterivuoden aikana. Mielenterveyspalveluista ja hammashoidosta maksettavia korvauksia korotettaisiin. Hallituksen esityksessä 195/2024 vp on lausuttu, että muutoksissa painottuu nimenomaan ennaltaehkäisy ja sellaiset lääkärikäynnit, jotka parantavat vaikuttavuutta ja joihin on julkisella puolella vaikea päästä.²⁴⁴ Hyvinvointialueisiin kohdistuvat velvoitteet järjestää palveluja eivät vähenisi ehdotettujen muutosten myötä.²⁴⁵

Uudistuksessa tulee huomioida mahdolliset asiakassiirtymät, ja milloin asiakas hakeutuu julkisen ja yksityisen sektorin hoitoon, sillä eri sektoreilta saatava hoito ei ole täysin verrattavissa toisiinsa eikä niiden palveluvalikoima ole täsmälleen sama. Joka tapauksessa ehdotettujen muutosten katsotaan kenties vaikuttavan positiivisesti kotitalouksiin ja niiden käytettävissä olevaan rahamäärään, vaikka henkilö valitsisi yksityisen sairaanhoidon julkisen sijasta.²⁴⁶

Kaiken kaikkiaan korvattavien palvelujen laajentumisen arvellaan kasvattavan yksityisen sektorin käyttöä etenkin siellä, mihin muutokset kohdistuvat. Yksityisellä sektorilla oletettavan hoitokäyntien määrän kasvun oletetaan jossakin määrin hidastavan

hyvinvointialueiden kustannusten kasvua ja painetta järjestää perusterveydenhuollon avosairanhoidon palveluja. Samoin asiakassiirtymät voisivat parantaa alueilla hoitoon pääsyä

²⁴² HE 174/2024 vp, s. 13.t

²⁴³ PeVL 33/2004 vp, s. 2.

²⁴⁴ HE 195/2024 vp, s. 42.

²⁴⁵ HE 195/2024 vp, s. 31.

²⁴⁶ HE 195/2024 vp, s. 37.

ja täten tuoda hoidon piiriin sellaisia yksilöitä, jotka eivät ole pitkien odotusaikojen vuoksi aiemmin hakeneet apua.²⁴⁷ Vielä on kuitenkin epävarmaa, missä laajuudessa rahoituksen ohjaaminen ja esitetyt lakimuutokset tosiasiallisesti ohjaavat yksilöt käyttämään Kela-korvauksin tuettuja palveluja.

5.4 Yli 65-vuotiaiden Kela-korvauspilotti

Suunnitteilla on vielä valinnanvapauskokeilu, jossa yli 65-vuotiaat maksaisivat yksityisen yleislääkärin vastaanottokäynnistä vain sen määrän, jonka voidaan katsoa vastaavan perusterveydenhuollon asiakasmaksua. Tällöin tarkoitus olisi maksaa se osuus, joka jää jäljelle asetetun hintakaton sekä omavastuun myötä. Myöskään palvelu- tai toimistomaksuja ei perittäisi, jotka sisältyvät kokeiluun. Kokeilun on suunniteltu alkavan 1.9.2025 ja voimassa olevana olisivat myös sellaiset pysyvän lainsäädännön kaltaiset korvaukset, joita voisi hyödyntää iästä riippumatta jokainen yksilö. Näin ollen yli 65-vuotiailla olisi mahdollisuus hakeutua yksityiselle lääkärille pilotin ulkopuolellakin ja saada korvaus siitä. Pilotin on tarkoitus olla voimassa määräajan ja se on kokeiluluonteista. Tavoitteena on vahvistaa valinnanvapautta, lisätä korvausten vaikuttavuutta sekä keventää julkisen terveydenhuollon taakkaa, sillä ikääntyneiden sairastavuus on luonnollisesti yleisempää kuin alempien ikäluokkien kohdalla ja terveydenhuollon käynnit keskittyvät selkeästi perusterveydenhuoltoon. Samoin Kelan tilastotietojen pohjalta voidaan katsoa, että jo vuonna 2024 tehdyt korotukset kasvattivat eläkeläisten käyntejä eniten yksityisen puolen palveluissa.²⁴⁸

Hallitus on katsonut, ettei pilottikokeilun johdosta kenenkään hoitoon pääsy tai asema heikkene, kun terveydenhuollon saatavuutta on tarkoitus nimenomaan parantaa. Tätä kautta katsotaan syntyvän muitakin positiivisia vaikutuksia muille ihmisryhmille ja laajemmin terveydenhuoltoon.²⁴⁹ Korvauspilotti on herättänyt ajatuksia puolesta ja vastaan. Lääkäriliiton mukaan yksin se, että potilas saa valita aina saman lääkärin, ei tuo hoidon jatkuvuutta. Tällöin on vaarana, että raha käytetään pistemäisiin toimiin, joilla ei ole oikeaa terveyshyötyä

²⁴⁷ HE 195/2024 vp, s. 30.

²⁴⁸ STM 2024, Kela-korvausten jatkokehittämisen tiekartta -muistio.

²⁴⁹ STM 2024, Kela-korvausten jatkokehittämisen tiekartta -muistio.

ja vaikuttavuutta.²⁵⁰ KKV ei myöskään kannata nykymuodossa esitettyä kokeilua. Se muun muassa katsoo, että julkisesti rahoitettujen palvelujen kustannustehokkuus heikentyy, lääkäripula mahdollisesti pahenee ja kokeilun vaikutus saatavuuden osalta saattaa jäädä rajalliseksi. KKV toisaalta kannattaa kustannustehokkaampaa palvelusetelimallin kokeilemistä, joka perustuu hoidon tarpeen arviointiin.²⁵¹

5.5 Omalääkärimalli

Hallitus suunnittelee edelleen omalääkärimallin kokeilua. Kokeilussa 65 vuotta täyttäneelle asiakkaalle korvataan osa kustannuksista, kun hän käy yksityisellä yleislääkärillä. Asiakas saa valita sekä hoitopaikan että lääkärin.²⁵² Tavoitteena on toteuttaa mallia hoitotakuun kanssa yhdessä. Omalääkärimalliin liittyvässä selvityksessä²⁵³ hoidon jatkuvuusmallin tärkeänä tekijänä on kuvattu läkäärin ja potilaan välisen hoitosuhteen jatkuvuus. Siinä tukena toimii omahoitaja ja tarpeen tullen moniammatillisen tiimin muita jäseniä.²⁵⁴ Jatkuvuutta voidaan pitää keskeisenä perusterveydenhuollon kokonaisvaltaisuuteen, tehokkuuteen, kustannuksiin, laatuun sekä yhteistyöhön ja väestön terveyteen positiivisesti vaikuttavana tekijänä. Malliin on tarkoitus kytkeä aikaisemmin käsitellyt Kela-korvaukset. Tarkoitus on tehdä hyvinvointialueiden kanssa yhteistyötä valmistelun aikana.²⁵⁵

Perinteisessä terveystakeskusmallissa ajatuksena on se, että tietyn alueen väestön terveydestä huolehtiminen on kollektiivisesti terveystakeskuksen vastuulla. Omalääkärimallissa taas ajatellaan, että nimenomaan yksittäinen omalääkäri on vastuussa terveystakeskuksen kokonaisväestön sisällä olevan osaväestön lääkärikäynneistä.²⁵⁶ Keskeistä hoidon tarpeen arvioinnissa on potilaan tunteminen.²⁵⁷ Tutkimusten mukaan parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on yhteydessä esimerkiksi merkittävästi vähempiin päivystyspalveluiden käyttöön, parempaan potilasturvallisuuteen, varhaisempaan diagnostiikkaan, pienempään sairastavuuteen, tarkoituksenmukaisempaan ja vähäisempään terveystakeskuksien käyttöön

²⁵⁰ Lääkäriliitto 2024. lääkäri.fi

²⁵¹ KKV lausunto 2025. KKV.fi

²⁵² Ks. Kela 2024, Hallitus suunnittelee muutoksia Kela-korvauksiin vuonna 2025.

²⁵³ STM, Hoidon jatkuvuusmalli - Omalääkäri 2.0 selvityksen loppuraportti 2022.

²⁵⁴ HE 149/2024 vp, s. 66.

²⁵⁵ STM 2024, Kela-korvausten jatkokehittämisen tiekartta -muistio, s. 81.

²⁵⁶ STM 2024, Kela-korvausten jatkokehittämisen tiekartta -muistio, s.74.

²⁵⁷ STM, Hoidon jatkuvuusmalli - Omalääkäri 2.0 selvityksen loppuraportti 2022, s. 54.

sekä pienempiin terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin.²⁵⁸ On arvioitu, että tiukentuvan hoitotakuulainsäädännön vaikutukset yhdistettynä jatkuvuusmalliin, parantavat potilaan laatukokemusta perusterveydenhuollossa. Samoin mallilla tuetaan parhaiten sote-uudistuksen tavoitteita sekä lisätään yhdenvertaisuutta.²⁵⁹ Näin ollen vaikuttavuuden kriteerit eivät toteudu tarkoituksenmukaisesti, ellei niitä tutkimustiedon valossa kytketä osaksi omalääkärimallia. Vasta malliin käyttöönottamisen jälkeen hoidon jatkuvuus voidaan turvata ja siten toteuttaa kriteereitä täysimääräisesti käytännössä. Omalääkärimallin yhdistäminen uuden hoitotakuun ja etäpalveluiden kanssa toteuttaisi samalla alueellista saavutettavuutta.

5.6 Kela-mallin vaikutukset terveydellisiin perusoikeuksiin

Vaiheittain voimaan tulevien Kelaa koskevien uudistusten voidaan katsoa toteuttavan *välillisesti* palveluiden riittävyyden vaatimuksia koko väestön osalta, sillä uudistus vaikuttaa suoraan niihin, jotka ovat sairausvakuutuksen piirissä ja täyttävät tietyt yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten edellytykset. Kehitettävän Kela-korvausmallin voidaan katsoa toimivan julkisessa terveydenhuollossa täydentävänä tekijänä kriteerien turvaamisen osalta sen sijaan, että uudistuksilla muutettaisiin laajasti tai merkittävästi julkisen vallan vastuuta ja palveluiden järjestämistä. Uudistuksen myötä tarpeeseen vastaaminen voi parantua niiden henkilöiden osalta, jotka hakeutuvat nimenomaan yksityiseen terveydenhuoltoon, jolloin julkisen vallan palvelujen turvaamisvelvoite voi toteutua vahvemmin ja laajemmin väestöä kohtaan. Tällöin korvausmalli osaltaan edistää PL 22 §:ään sisältyvää perusoikeusmyönteistä tulkintaa, kun se pyrkii mahdollistamaan hoitoon pääsyn suuremmalle asiakaskunnalle, jotka tarvitsevat tiettyjä palveluja. Uudistukseen liittyy perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta toisaalta sellaisiakin tekijöitä, jotka voidaan nähdä ongelmallisina.

Hallituksen Kela-mallia koskevassa esityksessä on katsottu, että korvaustaksojen korotuksiin ja laajentumiseen varatulla rahoituksella on tarkoitus *ohjata vakuutettuja käyttämään nykyistä enemmän yksityisten tuottajien palveluita*, mikäli aikaisemmin julkisella puolella hoidetuista

²⁵⁸ STM, Hoidon jatkuvuusmalli - Omalääkäri 2.0 selvityksen loppuraportti 2022, s. 63, 71–72.

²⁵⁹ STM, Hoidon jatkuvuusmalli - Omalääkäri 2.0 selvityksen loppuraportti 2022, s. 90, 98 ja 101.

henkilöistä osa hoidettaisiin nyt yksityisten palvelujen turvin. Tämän on osaltaan katsottu parantavan julkisen perusterveydenhuollon saatavuutta, ja siten vaikuttavan positiivisesti

terveydenhuollon asiakkaisiin muun muassa jonotusaikojen lyhenemisen myötä.²⁶⁰ Edellä esitetyn ei kuitenkaan voi katsoa täysin toteutuvan. Esimerkiksi hedelmöityshoitoihin oikeutetun sekä 65-vuotiaiden pilottimallin kohdalla todetaan tietyksi kriteeriksi vakuutetun ikä, jonka perusteella korvausta on mahdollista saada. Tällöin asiakkaiden oletettu siirtyminen yksityisiin palveluihin saattaa jäädä marginaaliseksi. On myös fakta, että syrjäisillä seuduilla lääkäripula on todellinen johtuen useista syistä. Siten omalääkärimallin toteuttaminen alueellisen yhdenvertaisuuden kannalta voi muodostua ongelmaksi, kun välimatkat saattavat estää hoitoon hakeutumisen ja perusterveydenhuollon tarve tällöin tosiasiallisesti kasvaa.

Edelleen hallitus on todennut, *ettei kenenkään asema tai hoitoon pääsy heikenne uudistuksen myötä*, vaan korvausmallin uudistamisella pyritään luomaan yhä useammalle taloudellisesti mahdollisuus yksityisten palveluiden käyttöön.²⁶¹ Ei voida kuitenkaan katsoa, että julkisen rahoituksen leikkaaminen perusterveydenhuollosta ja samalla lisärahoituksen myöntäminen Kela-korvauksiin, joka todellisuudessa hyödyttää yksityistä terveydenhuoltoa, olisi vaikuttamatta jokaisen yksilön julkisessa perusterveydenhuollossa saamaan hoitoon. On siten aiheellista esimerkiksi pohtia, miksi hallitus on uudistuksen valmistelujen ohessa leikannut terveyskeskuksien lääkäripalveluista tänä vuonna 120 miljoonaa euroa. Hallituksen aikomuksena on kuitenkin kautensa aikana laittaa Kela-korvauksiin satoja miljoonia euroja, jotka voitaisiin antaa hyvinvointialueille, ja jotka täten voisivat parantaa omaa perusterveydenhuoltoaan. Lisäksi korvausmallin toimivuudesta käytännöstä ei ole vielä mitään näyttöä, sillä se ei ole ehtinyt kunnolla alkaa. Tästä huolimatta hallitus on myöntänyt kokeilulle lisärahoitusta.²⁶²

On siten ristiriitaista, miksi PL 19.3 §:ssä korostetaan terveystalouden kuulamista kaikille, mutta rahoitusta myönnetään vain sinne, mistä osa pääsee hyötymään. Kun rahaa ohjataan yksityiselle puolelle vaaraksi muodostuu myös se, että lääkärit siirtyvät kiihtyvissä määrin

²⁶⁰ HE 195/2024 vp, s. 51, HE 174/2024 vp, s. 12.

²⁶¹ HE 195/2024 vp, s. 41, 52.

²⁶² Ks. HE 8/2025 vp.

julkiselta yksityiselle, mikä entisestään heikentää julkisin varoin rahoitettua terveydenhuoltoa.²⁶³ Riskinä asiakasvirtojen siirtämisessä yksityisiin palveluihin on toisaalta

se, että hoidosta perittävät asiakasmaksut todennäköisesti nousevat, joka vesittää tällöin sen tarkoituksen, mikä terveystalouden turvaamisessa on uudistuksen myötä ollut eli korottaa korvausten määrää sekä tarjota taloudellisesti mahdollisuus palveluihin, jotta kustannukset pysyisivät kohtuullisina.

Vaikka korvaustaksoja korottamalla tavoitellaan yhdenvertaisten mahdollisuuksien lisäämistä yksityisissä palveluissa sekä epäsuorasti lisäämään hyötyjä perusterveydenhuollossa²⁶⁴ on oleellista pohtia, missä menee julkisen vallan turvaamisvelvoitteen raja kokeilussa, joka lisää ihmisten omavastuuta maksuista ja ylipäättään asettaa erityisehtoja hoidon saamiselle. Siitä huolimatta, että esityksen ei ole katsottu muodustuvan valtiosääntöoikeudellisesta näkökulmasta ongelmalliseksi ja Kela-mallin on todettu toteuttavan valtion perustuslaillisia velvoitteitaan, uudistuksen perusteluissa lueteltujen hyötyjen epävarma toteutuminen kyseenalaistaa edellä mainittua.

6 SOSIAALISEN PERUSOIKEUDEN TÄYSIMÄÄRÄISEN TOTEUTUMISEN ONGELMAT

Kuten edellä, vaikuttavuuden kriteereitä ja lainsäädännöllisiä uudistuksia tarkasteltaessa on todettu, lainsäädännössä edellytetään palvelujen riittävyyttä, jonka johdosta lain esitöissä riittävyyden minimitasoksi on todettu taso, joka antaa ihmiselle yleiset edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Tämä yleisluontoinen linjaus jättää kuitenkin lain tulkinnalle paljon liikkumavaraa. Liikkumavara ilmenee terveydenhuoltoa koskevien lainsäädännöllisten uudistusten ristiriitaisina ratkaisuina suhteessa siihen, että PL 22 §:n perusoikeusmyönteisen laintulkinnan mukaisesti PL 19.3 §:n perusoikeutta tulisi pyrkiä toteuttamaan mahdollisimman täysimääräisesti ja toimeksiantovaikutuksen nojalla valita lainsäädännöllisesti sellaisia ratkaisuja, jotka parhaiten edistävät perusoikeuksien tarkoituksen toteutumista²⁶⁵. TSS-oikeuksia koskevien säännösten kohdalla tulee ymmärtää, että

²⁶³ Paananen 2025.

²⁶⁴ HE 195/2024 vp, s. 40–41.

²⁶⁵ Hallberg - Karapuu - Ojanen - Scheinin Tuori - Viljanen 2011, osa III "Sosiaaliset oikeudet".

perustuslainsäätäjää on katsonut kyseiset oikeudet *priorisointiratkaisuiksi*, jotka velvoittavat valtiota silloin, kun säästöjä sekä taloudellisia voimavaroja kohdennetaan hankalissa olosuhteissa.²⁶⁶

Jokaisen lain uudistuksen kohdalla tavoitteiksi mainitaan johdonmukaisesti valtion tehokkaampi palvelujärjestelmä, ikääntyvä väestörakenne ja henkilöstövajeen paikkaaminen. Ennen kaikkea lakiuudistuksia perustellaan heikolla taloussuhdanteella, joka vaatii julkiselta vallalta säästötoimien kohdentamista myös terveyspalveluihin. Tämä on jo aiemmin todetusti hyväksytty sosiaalisten perusoikeuksien kohdalla. PeVL pitää johdonmukaisena julkisen talouden sekä kansantalouden tilan huomioimista silloin, kun mitoitetaan palveluja, jotka valtio välittömästi rahoittaa²⁶⁷ Ongelmaksi tuntuu muodostuvan julkisin varoin rahoitetun terveydenhuollon täysimääräisen toteutumisen *jatkuva estyminen*, kun lainsäätäjän tarkoituksen mukaan kyseistä PL:ssa turvattua oikeutta tulisi pyrkiä toteuttamaan mahdollisimman täysimääräisesti, pois lukien esimerkiksi valtion talouden laskusuhdanteet, joiden on ajateltu vaikuttavan terveydenhuollon resursseihin ja palveluiden järjestämiseen toisinaan tai satunnaisesti. Tämä johtuu osaksi siitä, että PL säädettiin voimakkaan taloudellisen noususuhdanteen vallitessa. Tällöin oletettiin, että PL 19 § jää toistaiseksi taustalle PeVL toiminnassa, kuten on tapahtunut.²⁶⁸ Käytännön ratkaisuissa taloudellisten näkemysten jatkuva priorisointi PL 19.3 §:n täysimääräisen turvaamisen sijasta johtuu muutamista eri syistä.

6.1 PeVL:n kankea rooli perusoikeussäännösten valvonnassa

Riittävyyskriteereitä käsittelevässä kappaleessa todetaan, että PeVL tulisi kannanotoissa ja näkemyksissään pyrkiä huomioimaan yhteiskunnan vaihtuva tila, jotta kriteereitä olisi mahdollista lainsäätäjän osalta toteuttaa tehokkaammin. Ensinnäkin PeVL:n rooli lainsäädäntövaiheessa ja sen toteuttamassa perusoikeussäännösten valvonnassa on muodostunut haasteelliseksi nimenomaan silloin, kun tarkoituksena on tehokkaasti pitää huoli lainsäätäjälle johtuvien positiivisten toimintavelvoitteiden toteutumisesta.²⁶⁹ Valiokunta ei ole kovin aktiivisesti valvonut sosiaalisia perusoikeuksia koskevien, lainsäätäjään kohdistuvien

²⁶⁶ Tuori - Kotkas 2023, s. 252.

²⁶⁷ PeVL 34/1996 vp, s. 3.

²⁶⁸ Saraviita 2000.

²⁶⁹ Kotkas 2013, s. 222.

toimeksiantojen noudattamista. Tämä johtuu monesta eri syystä. Valiokunnan tulee käsitellä ainoastaan sen arvioitavaksi lähetetyt lakiehdotukset ja muut asiat, mikä luonnollisesti kaventaa PeVL:n mahdollisuuksia toimia oma-aloitteisesti.²⁷⁰ Puutteena voidaan pitää sitä, ettei PeVL:n lausunnonantotoimintaa ole erityisin menettelysäännöin riittävästi eriytetty

62

muiden valiokuntien toiminnasta. Valvontamenettelyn osaltakin valiokunta toimii samoilla säännöillä kuin eduskunnassa muut valiokunnat tehtäviensä hoidossa.²⁷¹ Lisäksi kannanottojen tosiasiallinen sitovuus on osa poliittista valtiosääntöä. PeVL:n lausuntojen antaminen alistuu lainsäädäntöprosessin sisäisille paineille, jolloin hankkeiden poliittinen kiireellisyys sivuuttaa aika ajoin tarpeen syventyä riittävästi niiden valtiosääntöoikeudellisiin ongelmiin.²⁷²

Vuosien varrella PeVL on joutunut lausunnoissaan arvioimaan PL 19.3 §:ssä tarkoitettuihin oikeuksiin kohdistuvia heikennyksiä, jotka ovat yleensä liittyneet juuri valtion menoihin laskusuhdanteen aikana.²⁷³ Valiokunnan lausunnot riittävien palvelujen toteuttamisen osalta ovat olleet suhteellisen *toissijaisessa asemassa* suhteessa valtion säästötoimenpiteisiin.²⁷⁴ Turun valtiosääntöoikeuden professori *Veli-Pekka Viljasen* mukaan kuluvalle hallituskaudella PeVL:n arvioitavaksi on viety poikkeuksellisen paljon lakiesityksiä, jotka liittyvät sosiaalisiin perusoikeuksiin. Heikennykset eivät Viljasen mukaan kuitenkaan johdu PeVL tulkintakäytännön kiristymisestä, vaan *hallituksen lakiehdotuksista, joilla puututaan aikaisempaa enemmän sosiaalisten oikeuksien toteutumiseen*. Lisäksi valiokunnan heikolle *taloustilanteelle antama merkitys ja heikennysten mittaluokka on aiempaa suurempi*. Näin ollen PL:n tulkinnan kannalta tilanne on uudentyypinen, Viljanen kuvaa. PeVL ei ole lähes 30 vuoden aikana koskaan katsonut säästölakeja PL:n vastaiseksi.²⁷⁵ Siten budjettioikeudellisia näkökohtia puoltavia näkemyksiä on mahdollista hyödyntää jatkuvasti lainsäädännöllisten uudistusten perusteluissa, koska PeVL nimenomaisesti linjauksillaan sallii sen.

²⁷⁰ Huhtanen 2013, s. 189.

²⁷¹ Jyränki 2003, s. 396.

²⁷² Jyränki 2003, s. 401, 407.

²⁷³ Huhtanen 2013, s. 181. Ks. esimerkiksi PeVL 12/1995 vp.

²⁷⁴ Jyränki 2003, s. 425–426.

²⁷⁵ ”Minkä tässä pitäisi naurattaa”, kysyy työntekijä leikkausvitsailusta köyhien aamiaisella – nyt puhuvat pienituloiset 2024. yle.fi

Tämä näkyy lain uudistusten osalta siten, että esimerkiksi sote-uudistusta ja hoitotakuun muutosta lähestytään alun perin sellaisilla tavoitteilla, jotka liittyvät perusoikeuden turvaamiseen, mutta lopullisia ratkaisuja tehdään päinvastaisilla toimenpiteillä. Uudistuksissa puolustetaan budjettioikeudellisia näkemyksiä *ensisijaisena* lähtökohtana. Näin ollen rahoitusta leikataan tai sitä siirretään perusterveydenhuollosta yksityiseen terveydenhuoltoon,

kun samalla yritetään tasapainoilla palveluiden turvaamisen kanssa. Käytännössäkään terveydenhuollon sektorilla ei tapahdu mitään merkittäviä tai mullistavia ratkaisuja palvelujen turvaamiseksi. Sotessa on kyse ennen kaikkea järjestämisvastuussa olevan roolin uudelleen muotoilusta, sairaalaverkkopäivystyksessä rakenteita on tarkoitus karsia, hoitotakuun määräaikojen löyhentämisessä hoitoon pääsyn ajat todellisuudessa pitenevät takaisin entiseen ja Kela-mallin tarkoitus on toimia täydentävänä tekijänä, joka saattaa hyödyttää sairausvakuutuksen ulkopuolella olevaa väestöä välillisesti. Kun myös ammattihenkilöstöä irtisanotaan ja välimatkoja avun piiriin kasvatetaan, on mahdotonta toteuttaa PL 19.3 §:ää siten, kuin PL:ssa on tarkoitettu.

6.2 Minimisuojatason puutteellinen määrittely

Riittävyyden kriteerien täysimääräisen käytännön toteutumisen estyminen johtuu myös PL 19.3 §:n minimisuojatason sisältöön liittyvästä ongelmasta. *Sisällöstä ei ole syntynyt kovin suurta yhteisymmärrystä.* Suojatasoa koskevaa keskustelua on leimannut argumentaatioasetelma, jossa pyritään joko osoittamaan mikä kuuluu tai mikä ei kuulu perusoikeuden minimitason tai ydinalueen piiriin. Muun muassa TSS-sopimuksessa turvattujen oikeuksien minimisuojan aineellinen sisältö on voitu kohtalaisella tarkkuudella määrittelemään ainoastaan perustavimpien perustarpeiden, kuten ruuan, veden ja asuntoon liittyvien oikeuksien kohdalla. Samoin eurooppalaisen ihmisoikeuskeskustelun viitekehyksessä valtion positiivisten toimintavelvoitteiden vähimmäissisällön määrittely on jäänyt varsin epäselväksi.²⁷⁶

Silloinkin, kun PeVL on käsitellyt lausuntokäytännössään sosiaalisten oikeuksien rajoja ja niihin liittyviä heikennyksiä, se on tällöin korostanut heikennysten *väliaikaisuutta ja vähäisyyttä.* Valiokunta käsiteli vuonna 2012 julkisen talouden tasapainottamista

²⁷⁶ Rautiainen 2013, s. 8.

jäädyttämällä lapsilisien indeksikorotukset, jossa PeVL katsoi, että heikennyskiellosta poikkeaminen voi ainakin *tiettyyn rajaan asti* muodostaa hyväksyttävän perusteen.²⁷⁷ Monet heikennykset kuitenkin menevät aiempaa pidemmälle ja saattavat kestää useita vuosia, jolloin heikennysten väliaikaisuuden ja vähäisyyden korostaminen tuntuvat nyt myös menettävän merkitystään.

Valiokunnan hampaaton rooli sosiaalisten oikeuksien toteuttajana johtuu näin ollen ainakin osittain PL:ssa olevan riittävät-sanan laveasta määrittelystä, ja mikä voidaan katsoa palveluita koskevaksi vähimmäistasoksi. Mikäli lainsäätäjät olisi pyrkinyt määrittämään PL 19.3 §:n sisältöä tarkemmin ja asettamaan heikennyksille selkeämmän rajan, säästöperusteluilla oikeuttaminen olisi tuskin aina onnistunut ja toimeksiantovelvoitetta olisi pyritty toteuttamaan useammin. Kun tiettyä terveystaloutta säätelevässä erityislaissakaan ei ole säädetty ehdottomasta ja tarkkarajaisesta velvollisuudesta turvata tietty palvelu, ei *asiakkaalla katsota olevan subjektiivista oikeutta vaatia palvelun toteuttamista*²⁷⁸.

Kaiken kaikkiaan oikeustiede ei kykene vastaamaan yksin kysymykseen, miten velvollisuus turvata riittävät terveydenhuollon palvelut tulisi ymmärtää käytännön toiminnassa ja miten velvollisuuden toteutumista tulisi arvioida. Sen toteaminen, ovatko yksilön perusoikeudet toteutuneet, edellyttää asian oikeudellista arviointia, mutta tämä arviointi vaatii usein tuekseen muiden tieteenalojen tuottamaa tietoa.²⁷⁹

Siten esimerkiksi lääketieteellisille näkemyksille annettava painoarvo terveydellisten perusoikeuksien kohdalla olisi tärkeää tarkoituksenmukaisten vaikutusten aikaansaamiseksi ja mahdollisimman selkeän minimitason määrittämiseksi. Lääketieteellisten mielipiteiden huomioiminen voisi tuoda päätöksentekoon ja siten lopullisiin ratkaisuihin sellaisiakin näkökohtia, jotka auttaisivat tarvittaessa painottamaan nimenomaan jonkin tietyn vaikuttavuuden kriteerin ilmenemistä hoitotyössä yli muiden, mikäli lopputuloksissa näkyvä taloudellisten säästöjen tekeminen koetaan tärkeimpänä. Tällä hetkellä lopullisissa päätöksissä painottuvat luonnollisesti juridiset näkemykset, jotka eivät yksinään kykene täysin vastaamaan,

²⁷⁷ PeVL 25/2012 vp, s. 2–3.

²⁷⁸ Lönnfors 2005, s. 18.

²⁷⁹ Toivonen - Mäki-Petäjä-Leinonen - Nykänen 2022, s. 19.

miten vaikuttavuuden kriteereitä olisi mahdollista toteuttaa maksimaalisella tavalla siten, että myös tavoitellut käytännön päämäärät toteutuisivat väestölle halutulla tavalla

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Riittävät palvelut koostuvat useista tekijöistä, joista tärkeimpiä ovat yhdenvertainen saatavuus, eri tasoilla toteutuva saavutettavuus, koulutettujen ammattilaisten toteuttamien palvelujen ja hoitojen laadukkuus sekä yksilökohtaisen tarpeen arviointi, jonka lainmukaisuutta viime kädessä arvioidaan KHO:n kautta. Tällä hetkellä riittäviin terveystalouteihin liittyvät ongelmat ja niiden ratkominen keskittyvät järjestelmän kokonaisuuden selvittämiseen, järjestämisvastuun siirtämiseen kunnilta hyvinvointialueille sekä vähenevän rahoituksen yhdenvertaiseen kohdentamiseen eri palvelujen välillä. Riittävyttä edistäviä ratkaisuja, kuten hoitotakuun tiukempia määräaikoja kumotaan ja palveluihin käytettäviä määrärahoja vähennetään.

Rahoituksen oikeanlainen kohdistaminen olisi tärkeää, kun tiedetään, missä kunnossa suomalaisten terveydenhuolto tällä hetkellä on. Muina toimivina ratkaisuinä akuuttiin riittävyyden pulaan voisi toimia muun muassa erilaisten sähköisten ratkaisujen, kuten etä- ja puhelinpalvelujen laajempi tarjoaminen sekä palvelun laatuun ja ammattihenkilöihin liittyvä lainsäädäntö ja kehittämistyö. Lisäksi toimintaohjelmien ja strategioiden sijasta tulisi tehdä oikeudellisesti velvoittavia ratkaisuja, jotka aidosti sitoisivat valtiota konkreettisiin toimiin eivätkä vain näennäisesti luettelisi tavoitteita palveluiden riittävyydestä. Hyvinvointialueilla tulisi myös panostaa liikkuviin palveluihin integraation ja alueellisen yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Lainsäädännöllisissä ratkaisuissa painotetaan terveyden edistämistä tai tulevaisuuden ongelmia, kun ongelmana nimenomaan on, ettei monia vuosikymmeniä kertyneitä terveysongelmia ole koskaan oikea-aikaisesti hoidettu johtuen kansallisen terveydenhuollon moninaisista ongelmista. Tuloksia etsitään muualta kuin ydinongelmista ja vastuu tehokkaan hoidon saamisesta siirretään lopulta yksilölle, jonka on mahdollisesti huonossa terveystilanteessa ensin hakeuduttava aktiivisena kansalaisena hoidon pariin ja sen

jälkeen hoitoyksikön on priorisointikriteerien mukaisesti tehtävä alustava hoitopäätös sen vähäisistä resursseista.

Siispä PL 19.3 §:ään sisältyvän turvaamisvelvoitteen voidaan katsoa täyttyvän paremmin erityisesti sote-uudistuksen myötä, koska suurilla toimijoilla on paremmat toimintaedellytykset ja rahoitusmahdollisuudet. Toimeksiantovaikutus jää kuitenkin vajavaiseksi, koska lainsäädäntötoimia ei kohdisteta palvelutarpeiden mukaisesti.

66

Hoitotakuun määräaikojen löyhentäminen, päivystys- ja sairaalaverkkoon sisältyvän hoitokokonaisuuden karsiminen sekä Kelan kasvavan roolin lisääminen ei suoraan edistä toimeksiantovelvoitteen eikä PL 22 §:n perimmäistä tarkoitusta muutosten yhteydessä esitetyistä puoltavista perusteluista huolimatta.

Perusoikeusmyönteisen laintulkinnan osalta julkisen vallan vastuu turvata palveluita lainsäädännöllisillä toimenpiteillä ja rahoitusratkaisuilla toteutuu nyt nimenomaan päinvastaisesti siten, että ratkaisuissa korostuu ensisijaisesti muut seikat kuin riittävyyden kriteerien turvaaminen. Monet terveydenhuollon riittävään ja yhdenvertaiseen turvaamiseen liittyvät ongelmat eivät ole ratkaistavissa ainoastaan lainsäädäntöä uudistamalla. Perimmäinen syy tuntuu löytyvän PeVL:n linjauksista ja siitä, mitä se hyväksyy terveyspalvelujen kohdalla. Tämä johtuu ainakin osittain valiokunnan kankeasta roolista perusoikeussäännösten valvonnassa sekä PL 19.3 §:ään sisältyvän minimisuoajatason puutteellisesta määrittelystä.

Ylipäättään puutteet minimisuoajatason ja sosiaalisiin oikeuksiin kohdistettavien heikennysten rajojen asettamisessa ovat johtaneet budjettioikeudellisten perustelujen runsaaseen hyödyntämiseen. Kun tällaisiin esitöihin nojaututaan herää kysymys, pidetäänkö toimeksiantovaikutusta enää yhtä velvoittavana ja perusoikeuksien täysimääräistä toteutumista määrävänä prioriteettina. Näin ollen yhä tarkemman palvelutason ja rajojen sisällyttäminen lainsäädäntöön olisi merkittävä ja välttämätön askel sitä kohti, että tulevaisuudessa tehtävät terveydenhuoltoa koskevat uudistukset toteutuisivat sillä tavalla, jolla perustuslaissa on alun perin tarkoitettu.