

TERVEYSKANTELUN OIKEUSPERUSTEET – Sosiaalioikeuden seura 15.5.2008 Tieteiden talo
Kalevi Ellilä, Oikeustieteen tohtori, kellila1@welho.com

Hyvät kuulijat!

1. Esityksen taustasta

Olen muokannut esitykseni viime vuonna hyväksytystä hallinto-oikeuden väitöskirjastani Terveyskanelun oikeusperusteet tämän päivän tilaisuuteen sopivaksi ottamalla huomioon että väitöskirjani laajuus oli 545 sivua.

Lääkintäoikeus, myöhemmin laajentuneena lääkintäoikeus ja bio-oikeus, tuli perustetuksi professori emerita *Inkeri Anttilan* v. 1946 Lakimies-lehdessä olleella artikkelilla, jonka pääidean mukaan terveystyöntekijällä tulee olla ennen terveydenhuollon tärkeään toimenpiteeseen ryhtymistä potilaan suostumus, ja jos se puuttui, terveystyöntekijä syyllistyi rikoslaissa mainittuun pahoinpitelyyn. Ensimmäinen alan väitöskirja on *Aaro Ahteen* teos Hallinto-oikeudellinen vapaudenriisto. Tässä kirjassa vapaudenriistoksi katsottiin ihmisen laittamista terveyden- ja sosiaalihuollon suljettuihin laitoksiin vastoin lakien edellytyksiä. Kirjan arvoja esittelevä osa oli vähintään 20 vuotta edellä aikaansa.

Loin Suomen oikeustieteeseen v. 2000 väitöstyön aikana julkaistussa artikkelissani ”terveyskanelun” käsitteen, joka on sittemmin ollut vallitseva ilmaisu alalla. Terveyskanelussa potilas tai hänen läheisensä esittää terveydenhuollon toimintayksikköä tai terveystyöntekijää kohtaan ko. terveyspalvelun virheen korjaustavoitteen, mikä seikka tulee valtion laillisuusvalvontaviranomaisen ratkaistavaksi. Tätä ennen on käytetty kaikkien oikeustieteen alojen kaneluista nimitystä ”hallintokanelu”. Tämä käsite johtaa harhaan terveydenhuollossa, sillä kuten väitöskirjatyössäni havaitsin, tutkitut 1700 asiaa koskivat pääsääntöisesti kuntapalvelun saantia eikä juuri mikään klassista hallintoa. Myöhempi professori *Allan Rosas* kehitti määritelmään korjaustavoite-osion väitöskirjassaan *Förvaltningsklagan* v. 1980, kun aiempi tiede puhui epäoikeudenmukaisuuden ilmoituksesta.

Tutkimukseni on empiriaan pohjautuva sikäli, että sen aineistona oli kuudesta tutkimusvirastosta kahdeksalta vuodelta kerätyt terveyskaneluasiat. Lopulliseen työhöni valitsin pääasiassa tasaväliotantamenetelmin noin 270 asiaa laillisuusvalvonnan linjausten kohteeksi. Väitöskirjaani liittyvän lääkintä- ja bio-oikeuden alalta on nyt julkaistu yhteensä kahdeksan väitöskirjaa vuodesta 1950 alkaen.

Terveydenhuollon ammattihenkilölain 15 §:ssä ammattihenkilön velvollisuuksista on terveyskaneluratkaisua ohjaava sisältönormi potilaslain ja keskeisten terveyspalvelulakien täsmäsäännösten ohella.

Suomessa kaikkia kuntaterveyspalvelujen käyntikertoja kohden terveyskanteluja oli noin miljoonasosa. Kuntaterveyspalvelujen toimenpiteitä oli vuosittain (v. 2007) noin 1,3 miljardia.

2. Tutkimusaineistosta ja tutkimusmenetelmästä

Tutkimukseni kohdistui oikeusasiamiehen, oikeuskanslerin, sosiaali- ja terveysministeriön sekä Etelä- Suomen lääninhallituksen sekä KHO:n ja TEO:n ratkaisuihin. Tasaväliotoksen lisäksi käsittelin harkinnanvaraisesti yhteensä noin 100 ratkaisua, sekä julkistettuja että julkaisemattomia. Sovelsin käytännöllistä ja edustavaa tasaväliotantaa siten että otoskoko oli sitä pienempi mitä suurempi viraston asiamäärä oli eli tässäkin yleisen yhteiskuntatieteellisen menetelmän oletaman kuvaamistodennäköisyyden mukaan. Asioita oli kaikkiaan tutkimusajankohdan alussa vuosittain runsaat 600 ja lopussa yli kaksinkertaisesti. Aiempi käytäntö on ryhmitelty terveyskanteluasiat joko taudinmäärityksen mukaan tai terveyskanteluviranomaisen antaman moitteen lajin mukaan. Tästä poiketen väitöskirjassani käsittelin asiani virastojen toiminnan kannalta terveyskanteluasian vaativuuden perusteella. Tästä on etua neuvonnassa, työnsuunnittelussa ja ratkaisusisällön ennakoinnissa.

3. Tutkimuksen sisällöstä ja tutkimustuloksista

Päädyin v. 1994-2007 aikana tehtyjen olennaisten terveyskanteluratkaisujen tarkasteluun. Aloitusvuotena oli potilaslain voimaantulon jälkeinen vuosi ja lopetusvuonna väitöstyön edeltävä vuosi. Varovaisena oletuksena oli, etteivät keskeiset asiat olisi ehtineet muuttua. Näytön arviointi ja potilasoikeuksien toteutuminen olivat pääongelmiani. Näytön arvioinnissa katsoin voivani esittää uutta, mielekästä ja omaperäistä. Potilasoikeuksien toteutuminen edustaa empiiristä laatututkimusta. Lisäksi otin esille kuusi alaongelmaa. Näitä olivat: Potilasoikeuksien perusteina olevat yleiset tavoitteet, Joustavan normin hyödyt ja haitat, Terveyslakien keskinäissuhteen erityiskysymykset, Yhdenmukaisuushypoteesi, Potilaan lievä suosinta ja Terveyskantelupäätöksen välilliset vaikutukset. Kirjassani on siis lähes 300 todellista oikeustapaussynteisiä, joissa noin 5 %:ssa poikkesin ratkaisijan kannasta tavalla tai toisella. Tämä on oikeustieteessä merkittävä uudistus, sillä aiemmin tutkijat ovat aina olleet ratkaisijan kannalla kritiikittömästi.

Kolmessa loppuluvussani esitin monia johtopäätöksiä ja suosituksia, kuten että kanteluasiassa aina hankittaisiin potilaan sairauskertomukset, ja sen että kantelupäätökseen sisällytettäisiin aina säännösperustelut, sekä lainmuutossuosituksina päivitetty terveyskantelulain säätämistavoitteet ja viranomaiskeskityslakitavoitteet.

4. Eräitä potilasoikeusnäkökulmia

Hallituksen esityksessä potilaslaiksi katsottiin, että soveltamiskäytännön asia on parantaa potilasoikeuksia ja ristiriita terveydenhuollon toimintayksikön ja potilaan kesken on tulkinnanvaraisissa tapauksessa ratkaistava potilaan eduksi. Aineistoni

mukaan kummallekaan näille suosituksille ei juuri löytynyt tukea. Eräissä tapauksissa tosin potilas on voittanut terveystuntelunsa vastoin terveydenhuollon toimintayksikön kantaa, mutta laillisuusvalvontaviranomaisen mielipide on ollut vahvasti perusteltu oikeusjärjestyksellä. Potilaat ovat kaiken kaikkiaan terveystunteluissa menestyneet alle viidesosassa tapauksia. Tämän määrällisen havainnon nojalla ei voi tietää mitään asioiden laadullisista piirteistä. Tutkimukseni mukaan vain erittäin harvoin oli kyse potilaan suosimisesta klassisessa mielessä. Pikemminkin on ollut niin, että potilas on hävinnyt jutun näytön puuttuessa.

Väitöstyössäni ilmeni se merkillinen havainto, että käytännöllisesti katsoen koskaan ei terveystuntelupäätöksissä ollut säännösperusteluita eli mainintaa siitä lainkohdasta johon ratkaisu perustui. Tämä viittasi arvovaltaisuuteen eikä läpinäkyvyyteen. Arvovaltaisuus tarkoittaa, että kunteluviranomainen katsoo tarpeettomaksi perustella kantaansa koska yleensä on ettei heidän päätöksiään voi tavanomaisessa mielessä kyseenalaistaa eli he ikään kuin ovat aina oikeassa. Läpinäkyvyys olisi, että ettei ole pienintäkään epäilyä etteivätkö kunteluviranomaisten päätökset olisi oikeassa. Hallintolain mukaan tosiasia-perustelut, säännösperustelut ja ajatuksenkulku tulee aina mainita. Perustelujen puuttuminen on virheellistä senkin takia, että kunteluvirasto valvoo muiden virastojen laillisuutta ja juuri säännösperustelujen käyttöä.

Tutkimissani terveystuntelupäätöksissä ei juuri koskaan hyödynnetty sairauskertomuksia. Tämä liittyy siihen, ettei virasto ollut pyytänyt terveydenhuollon toimintayksiköltä sairauskertomuksia. On oletettavaa, että sairauskertomuksista saisi asiaan lisäarvoa, ovathan ne merkittävä hoidon väline ja informaatiolähde. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus pyysi väitöskirjani mukaan kuolintapauskunteluissa toimintayksiköltä sairauskertomuksia, mutta sai niitä vain joka viidennessä tapauksista. Laiminlyöntitapauksissa olisi pitänyt tehdä uusintapyyntö.

5. Havaintoja jatkotutkimuksen kohteesta ja tarpeesta

Sukupuolitasa-arvoasian kannalta katson, että kunteluviranomaiset ratkaisivat asiat puolueettomasti. Tein pioneerityötä, kun tutkin kunnallishallinnon perusyksikköjen tilannetta enkä pelkästään ratkaisutasoa.

Terveystyöntekijöitä koskeva työvoimapula, liikkuvuus sektoreilla, sijoittuminen alueittain, väsymys ja muut vastaavat asiat ovat ongelmia, joita koskevat kohennuskeinot ovat yleensä varsin pitkäjänteisiä. Terveyspoliittisten potilaille kohdistuvien parannusten suunnittelussa kohdataan ikuinen kysymys, olisivatko vanhat keinot paremmat kuin pussillinen uusia.

Sekä toimintalakien että kuntalain nojalla kunnissa ja kuntayhtymissä tulee olla taloudelliset ja muut voimavarat terveystuntelujen antamiseen potilaille, mitkä vaatimukset eivät välttämättä suinkaan toteudu käytännössä. Sata vuotta sitten Yhdysvalloissa oikeustutkija *Roscoe Pound* kiteytti tähän liittyvän dilemman sanapariin *law in books/law in action* eli kirjoitettu laki ja soveltamiskäytäntö. Myös lääketieteessä ja hoitotieteessä lienee kiulu teorian ja käytäntöön soveltamisen kesken,

johon on varsinkin viime aikoina kiinnitetty keskitetysti eli STM:n yhteydessä olevassa tutkimusyksikkö FinOhtassa ansiokkaasti huomiota.

Pääministeri Matti Vanhasen toisen hallituksen hallitusohjelma on hänen oman ilmoituksensa mukaan niin pitkä kuin on sen takia että siihen on hyväksytty kaikki eri hallituskumppanien toiveet sellaisenaan. Ohjelmassa sanotaan että terveyden edistäminen nyt vasta aloitetaan, vaikka toiminta on ollut kansanterveyslain nojalla lakisäateistä yli 36 vuotta.

Myös sairauskertomusten laadintaa ja sitä kautta niiden hyödyntämistä olisi tehostettava huomattavasti potilaan ja toimintayksikön yhteisymmärryssäännöksen mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin nyt laatimassa sairauskertomusasetuksen uudistamista.

Potilaita tulisi opastaa potilasoikeusasioissa lisää. Tosin sekä potilasvahinkolaki että potilaslaki ovat *Suomen Potilasliiton* ideoimia parannuksia.

Tulin kunnallisen lääkintäoikeuden työntekijäksi tammikuussa 1972 aikana jolloin terveyslakimiehiä oli yliopistosairaaloissa ja suurissa kaupungeissa vain kourallinen. Voidaan miettiä, onko terveydenhuollon huimin kehitys sittemmin ollut määrärahanostuksissa, automaattisessa tietojenkäsittelyssä, lääketieteellisessä teknologiassa, lääkehuollossa vai potilaiden ja terveystyöntekijöiden korvien välissä. Erään yleislääkärin äskettäisen artikkelin mukaan se on ollut viimeksimainitussa ilman muuta.

Ensimmäinen terveyskanteluaiheen yhteisjulkaisu lienee ollut v. 1976 professori *Kalle Achtén* ja osastopäällikkö *Olli Blomqvistin* artikkeli. Lääkintäoikeuteen sekä kansallisesti että globaalisti sopii yhteisjulkaisu ja artikkelimuoto. Jos julkaisemiseen liittyvät ja muut yleiset edellytykset ovat käsillä, suositan lääkintäoikeuden väitöskirjoja laadittaviksi artikkelimuotoisina kuten *Salla Lötjön*en tämän oppiaineen pioneerina on ansiokkaasti tehnyt. Valitettavasti hänen tiivistelmänsä deskriptiossaan ei yltänyt lähellekään edeltäviä esimerkkejä, *Lars D. Erikssonin* oikeusteorian alan ja *Timo Kaisanlahden* pörssi-yhtiöesityksen kirjojen syvällisyyttä. Tässäkään ei ratkaise väitöskirjamuoto, vaan esityksen sisältölaatu. Salla Lötjön en käsittelee kyllä hyvin aihettaan perus- ja ihmisoikeuksissa ja neljässä artikkelissa.

On hyvä muistaa, että kestävin luottamus tutkijayhteisössä saavutetaan syvällisen työn kautta.

Lääkintäoikeuden lainsäädäntö kehittynee toistaiseksi edelleen osauudistuksin. Potilasvahinkolaki säädettiin v. 1987 mutta sitä olennaisesti huononnettiin v. 1998. Sen jälkeen lääkintäoikeuden lainsäädäntöuudistuksien arvioinnissa on syytä olla varsin kriittinen. Maailman paras potilasvahinkolaki muutettiin näin vastaamaan vastaamaan sadan vuoden takaisia oloja. Hallitusohjelmassa mainittu kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen laiksi terveydenhuollosta on parannus, mutta tuleva hyöty voi olla vähäinen. Sekään ei ole uusi idea, vaan sitä on esitetty jo 1970-luvulta alkaen ja se on eräin paikoin jo käytössä. Hoidon saatavuus saattaa huonontua epäonnistuneen uudistuksen myötä.

Verrokkina väitöskirjalleni on muun muassa professori *Eero Routamon* Työtapaturma-kirja joka alkusanoissa kiitetään niitä alan valittajia, joita ilman hän ei olisi voinut tehdä teostaan. Olen samaa mieltä empiirisyyden merkityksestä.

Professori *Jaakko Husa* on äskettäin suosittanut, että valtiosääntöoikeudellinen tutkimus jaettaisiin kolmeen osaan. Tämä ehdotus on erittäin hedelmällinen. Ainakin terveysperusoikeuksien tutkijoille riittää tekemistä, koska ala on ollut toistaiseksi ns. neitseellinen ja perinteiselle valtiosääntöoikeudelle ylivoimainen. Koko valtiosääntöuudistuksen ajalta terveysperusoikeuksien esityöaineistoa on keskimäärin yksi rivi vuotta kohden.

Oikeusasiamies on tällä hetkellä ilman muuta potilaiden kannalta johtava terveyskanteluviranomainen. Oikeusasiamies ratkaisee vuosittain noin 330 terveyskanteluasiaa. Potilaille on hankalaa, että oikeusasiamiehellä terveyskanteluasia kestää ratkaista jopa noin kahdeksan kuukautta. Oikeusasiamies tekee vuosittain muutamia tarkastuskäyntejä eri terveystoimintoihin.

Väitöskirjani terveyskantelutapauksissa kunnan tai kuntayhtymän tai terveystyöntekijän vastuu aiheutui lähes aina siitä syystä, että kyseessä oli eriarasteinen huolimattomuus tai puute. Erityisesti näytön arvioinnissa sovellettiin muuten melko harvinaista käännettä todistustaakkaa eli vastuun kohteen oli pystyttävä vastuusta vapautuakseen näyttämään että oli tehty hyvän hoitokäytännön mukaisesti. Sen sijaan niin kutsuttu ylivoimainen tapahtuma, vaarallisen toiminnan vastuu tai isännänvastuun klassinen muoto eivät tulleet koskaan esille.

Väitöskirjani toisen pääongelman, potilasoikeuksien toteutumisen eli laillisuusvalvonnan linjausten oikeustapauksia kaikista tutkimusvirastoistani oli lähes 200. Ryhmittelin ne tutkimusviraston työn vaativuuden mukaan ja mittapuuna pidin työtuntimäärää. Menetelmällä oli käyttöä muun muassa työntekijän neuvossa potilasta asian kestosta. Lisäksi näin sillä etuja viraston työnsuunnittelussa ja asian lopputuloksen ennakoimisessa. Jokaisessa oikeustapauksessa on laatimani tapahtumainkuvaus, jossa on osallisten vaatimukset ja muut keskeiset tosiasiat. Tapausten analyysit kattoivat 1-8 sivua tapausta kohden.

Jos laillisuusvalvonnasta tehdään tutkimusta, niin mielestäni hyvään tutkimustapaan kuuluu ehdottomasti se, että luetaan viraston arkistosta kaikki asiaan liittyvät dokumentit. Jollen olisi itse toiminut näin, analyysi olisi ollut huomattavan puutteellinen. Oikeusasiamiehen terveyskantelujen kotisivuilla vuosittain on noin 60 potilaille myönteistä ratkaisua, kun taas eduskunnalle annetussa kertomuksessa niitä on tästä vain viidesosa. Editan julkaisemissa kaikkien lääninhallitusten sekä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen terveyskanteluasiakirjoissa on mainittu referoituna kaikki ratkaisut jotka ovat olleet potilaille myönteisiä.

Väitöskirjani oikeustapaussynteesi perustuu oikeusteorian professori *Kaarle Makkosen* ensinnä kehittämään reaktiotapanormiin. Siinä oikeudellisessa ratkaisussa ei riitä tosiasioiden ja oikeussäännösten yhdistelmä, vaan tulee lisäksi sanoa avoimesti tapa jolla tulokseen on päädytty. Tällä on merkitystä varsinkin niin kutsuttuja joustavia oikeusnormeja käsiteltäessä, jotka ovat terveysalalle tyypillisiä.

6. Oikeustaloustieteellinen näkökulma ja lääkintä- ja bio-oikeus

Terveysasioiden oikeustaloustieteellinen näkökulma heräsi v. 1968 julkaistun teoksen Pekka Kuusi, 60-luvun sosiaalipolitiikka sivujuonteena. Teoksessa ihmisen terveyttä koskevaa yhteiskuntapolitiikan lohkoa sanottiin terveydenhuoltopolitiikaksi. Aihetta kutsutaan nykyisin nimellä terveystaloudellinen politiikka. Vastaava toiminnallinen ilmiö on kansanterveystiede. Aina 1920-luvulta alkaen kunnallisella lautakunnalla on ollut valta velvoittaa kiinteistönomistaja saattamaan asunto-olot terveydelliseen kuntoon, joka päätöntä on tietysti hyödyttänyt lähinnä vuokralaisia asuntoperäisten sairauksien estämisessä. Samankaltainen aihe oli taannoin tuberkuloosisairaaloissa, jossa hoito oli maksuton. Potilaalla on oikeus saada psykiatrisen avohoidon palvelut maksutta. Tälläkin on se tavoite, että potilas tulisi mahdollisimman ajoissa hoitoon, jolloin lievät oireet ovat tehokkaimmin hoidettavissa ja toimintayksikölle halvimmalla kokonaishinnalla. Siten estetään mahdollisuuksien mukaan laitoshoidon tarve.

1960-luvulla valtiota edustava lääkintöhallitus perusterveydenhuollossa ja sairaalalaitoksessa painosti kunnallishallinnon yksiköt ilman selkeää lakia hyväksyttämään etukäteen henkilökuntalisäysten menot ja erät vastaavaa merkitystä omaavat muut käyttökustannukset. Tästä kehittyi kuntasuunnittelu terveydenhuollon alalla. Siitä oli se etu että kun kansanterveyslaki tuli säädetyksi v. 1972 ja sen jälkeen vastaavasti erikoissairaanhoidolainsäädäntöä muutettiin, niin kunnallishallinnolla oli valmis organisaatio ja toiminnalliset valmiudet uuden lain mukaiseen suunnittelujärjestelmään. Lakisääteinen yleinen kuntasuunnittelu tuli myöhemmin käyttöön v. 1976 kunnallislaitilla.

Valtionosuusuudistuksen yhteydessä v. 1992 lailla säädettiin sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen maksuttomuudesta ja perittävässä olevien maksujen enimmäismäärästä. Sitä ennen kukin kuntayksikkö päätti palvelumaksuistaan. Uudistuksella oli se yhtenäistavoite että periaatteessa maksut olivat samat kaikille yksiköille ja valtio katsoi tietävänsä mikä oli kohtuullinen maksun määrä missäkin palvelulajissa. Asian kärjistyksen meni äskettäin niin pitkälle että eduskunnan käsiteltyä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain maksujen määrän korottamista kun niitä oli korotettu viimeksi v. 2002 ja 2007, että valtio alentamalla samalla yleistä valtionosuusprosenttia itse asiassa imuroi kunnallistaloudelta koko korotuspotin itselleen eikä yksikään kunta tai kuntayhtymä saanut korotuksesta mitään hyötyä.

Oikeustaloustieteellisessä opetuksessa käytetään etupäässä VTT Vesa Kanniaisen alan väitöskirjaa ja hänen kahta täydentävää monografiaansa. Kirjat pohjautuvat paljolti kansantaloustieteeseen, mutta niissä on uutta, omaperäistä ja mielekästä lisäarvoa. Oikeustieteilijöistä Timo Kaisanlahti ja Pekka Timonen ovat tehneet väitöskirjansa oikeustaloustieteen alalta. Pekka Timosen kirja teemansa takia on otollisempi terveystaloudellisten asioiden osalta. Oikeustieteen opetusyksiköistä vain Joensuun korkeakoulussa harrastetaan oikeustaloustiedettä, jossa professorina on Kalle Määttä.

Perustuslaissa ei ole täsmäsäännöstä niistä perusteista joilla valtio taloudellisesti osallistuu kunnallisten terveystaloudellisten palvelujen menoihin. Tosin perustuslaissa on säännös, joka muistuttaa kannan ottamista tähän kysymykseen. Tämä säännös on kuitenkin suurpiirteinen, niin sanotusti vanhan paradigman mukaisesti tavoitteellinen eli mainitaan hyvin löyhä tavoite siitä mihin erikseen säädettävillä laeilla kulloinkin tullaan pyrkimään. Valtion ja kuntien taloussuhteista onkin voimassa

terveyspalvelujen suhteen yleinen valtiosuuslaki, valtionavustuslaki ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annettu laki. Kuntaliitto puolsi v. 1992 terveydenhuollon valtiosuuslakia säädettäessä hanketta sillä perusteella että kunnat nyt saivat menetetyn kunnallisen itsehallinnon takaisin. Seuraus kuitenkin oli Kuntaliiton omien laskelmien mukaan v. 1992-2005 menokertymän mukaan että kunnat olivat menettäneet yhteensä 14 miljardia euroa valtiolle saamatta koituneita valtiosuuksia aiemman lain mukaiseen tilanteeseen verrattuna. Minusta kuitenkin tilanne on, etteivät kunnat suinkaan mainittuna aikana olleet mitenkään menettäneet kunnallista itsehallintoaan valtiolle ja suuri vähennys tulopohjaan osoittaa Kuntaliiton täydellistä kyvyttömyyttä edunvalvontatehtävässä sillä valtiosuuspotin olisi pitänyt kaiken järjen mukaan nousta ajan ja kustannusten nousun suhteessa eikä päinvastoin.

Kuntalain taloudellis-toiminnallinen ylin peruste on, että kuntalaisille kuuluvat palvelut, kuten terveyspalvelut, katetaan talousarvioon vastaavin määrärahoihin. Tätä on pitkään kutsuttu talousarvion rautaiseksi säännöksi. Asiaa luonnehditaan myös ilmaisulla reaalibudjetointi. Väitöskirjassani analysoin erästä hoitotakuulakia edeltävää oikeusasiamiehen toimenpidepäätöstä jononhallintaa ja alibudjetointia koskevassa asiassa, mikä oli tehty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymää kohtaan ja se johti heti palvelujen parantamiseen ja 75 miljoonan euron vuosittaiseen kustannuslisään.

Kuitenkin perustuslaissa on säädetty hyväksyttävä poikkeus terveyspalvelujen tasapuolisesta antamisesta eli niin sanottu etusijaistaminen eli priorisointi. Tämä voi tapahtua ainoastaan terveyspoliittisin perustein, ei määräraha-perusteisesti tai hallinnollisin syin. Asiaa kuvaa se väitöskirjassani analysoimani tapaus, jossa Mäntän kuntayhtymä jätti antamatta suun terveydenhuollon oikomishoitoa tarveluokituksessa luokkiin 9-10 kuuluville eli kaikkein eniten hoidon tarpeessa oleville. Oikeusasiamies katsoi etusijaistuksen aivan oikein virheelliseksi kun se oli tehty taloudellisin perustein ja piti antaa kaikenlaista oikomishoitoa koko väestölle. Toisessa asiassa potilas vaati kaljuuntumissairautensa takia saada lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineenä uutta peruukkia vuosittain kun kunta oli antanut joka neljäs vuosi. Korkein hallinto-oikeus hylkäsi valituksen se perusteena että potilaan alaikäinen lapsi oli hyvässä taloudellisessa asemassa. Korkeimman hallinto-oikeuden päätös on täysin virheellinen sillä koskaan Suomessa hoidonsaanti ei perustu potilaan taloudelliseen asemaan, vielä vähemmän potilaan alaikäisen lapsen taloudelliseen asemaan. Eräissä tapauksissa on oikeaoppisesti etusijaistettu, jos potilaan pääsairauden vakavuuden perusteella hänelle on annettu toimintayksiköstä liitännäishoitoa jota sellaiselle potilaalle jolla ei ole tällaista pääsairautta, ei anneta.

Etusijaistusasiassa on täysin oleellista että etusijaistamisesta päättävä viranomainen on toimivaltainen kunnan tai kuntayhtymän hallintosäännön tai johtosäännön mukaan tähän ratkaisuun.

Kunnan tarkastuslautakunnan ja tarkastustoimen tulee valvoa reaalibudjetoinnin oikeellisuutta ja virheiden oikaisemiseksi esittää hallitukselle ja valtuustolle tarpeelliset toimenpiteet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon pitkähoidon maksut eli ns. maksukyvyyn mukaiset maksut ovat jo päältä katsoen kohtuuttoman suuret. Tietenkään näillä maksuilla potilaan sairauden laadun takia ja vaihtoehtohoidon puutteen vuoksi ei ole mitään

tekemistä hoitoon hakeutumisessa. Alun perin näitä maksuja on perusteltu sillä että potilas laitoksessa saa täyden ylläpidon. Tämä perustelu ei kestä, koska potilaalla saattaa olla tähän nähden paljonkin ylimääräisiä tarpeita. Kun maksu on nykyisin 82 % potilaan nettotuloista, euroissa mitaten suurille määrille potilaista jää käteen hyvin vähän. Asia olisi saatava välittömästi huomattavasti potilasmyönteisemmäksi.