

EDUSKUNNAN PERUSTUSLAKIVALIOKUNNALLE

Asia: Lausunto valtioneuvoston asetuksesta valmiuslain 86-89, 93-95 ja 109 §:ssä säädettyjen toimintavalmiuksien käyttöönotostaKoronavirusinfektion taudinkuva

Koronavirus SARS-CoV2 on ihmiseen tarttunut uusi virus, joka aiheuttaa hengitystieinfektion taudinkuvan. Sen oireina on useimmiten kuumetta, yskää ja lihaskipuja. N. 80 %:lle sairastuneista se aiheuttaa lievän taudinkuvan, mutta n. joka kuudes potilas kehittää viruspneumonian. Osalla potilaista viruspneumoniaan liittyy akuutti hengitysvajavuus (ARDS), joka vaatii tehohoitoa. Tehohoitoa tarvitsevien potilaiden määrä vaihtelee Kiinan n. 5 % osuudesta Italian n. 10 % osuuteen. WHO:n antamien tietojen mukaan kuolleisuus koronavirusinfektioon on n. 3,4 %. Kuolleisuus kasvaa voimakkaasti potilaan iän mukana ja yli 80-vuotiaiden kuolleisuus on julkaistujen tietojen mukaan yli 10 %. Perusterveiden 45-65-vuotiaiden kuolleisuus tautiin on kiinalaisaineiston perusteella n. 1 %, mutta tämä luku perustuu kuolleen osuuteen varmistetuista diagnooseista. Myös korkeampia kuolleisuuskukkuja on kuitenkin esitetty lääketieteellisessä kirjallisuudessa ([https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30195-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30195-X/fulltext)). Taudin kehittymiselle tyypillistä on, että hengitysvajavuuden oireet kehittyvät potilaalle n. 10 päivää sairastumisen jälkeen ja että viruspneumonian sairaalahoito kestää varsin pitkään (keskimäärin 12 vrk). Monet sairaalahoitoa tarvitsevat potilaat tarvitsevat hengityksen tukea (joko lisähappea taikka hengityskonetta).

Terveyden- ja sairaanhoidon resursointi Suomessa

Vuonna 2017 Suomen terveydenhuollon menot olivat 20,6 miljardia euroa (<https://thl.fi/fi/ti-lastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>). Asukasta kohden menot olivat 3 742 euroa. Vuonna 2017 terveydenhuollon

menojen suhde bruttokansantuotteeseen oli 9,2 prosenttia. Tämä oli 0,2 prosenttiyksikköä edellisvuotta vähemmän. Erikoissairaanhoidon (7,4 miljardia euroa) ja perusterveydenhuollon (3,3 miljardia euroa, ml. perusterveydenhuollon avohoito, - vuodeosastohoito, - suun terveydenhuolto, -työterveyshuolto ja – opiskeluterveydenhuolto) menot muodostivat noin puolet vuoden 2017 terveydenhuoltomenoista.

Vuonna 2019. Suomen julkisen erikoissairaanhoidon tuottavien sairaanhoitopiirien toimintakulut olivat n. 8,3 mrd euroa. Aktiivisena pyrkimyksenä Suomessa on viime vuosina ollut siirtää terveydenhoidon painopistettä perusterveydenhuoltoon, mikä on näkynyt myös avohoidon lisääntymisenä ja vuodepaikkojen vähenemisenä sairaaloissa. Esim. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin vuodepaikkamäärä on 2010-luvulla laskenut n. 3300 paikasta n. 2900 paikkaan. Terveyskeskusten vuodeosastopaikkoja on niitäkin vähennetty, kun vanhuspotilaita hoidetaan enenevässä määrin kotihoidon avulla.

Huomionarvoista on, että vuonna 2019 useat sairaanhoitopiirit joutuivat sopeuttamaan talouttaan ja käymään yt-neuvotteluja. Monin paikoin tämä johti myös henkilöstön vähentämiseen. Tilanteen taustalla on kuntatalouden nopea heikkeneminen v. 2019. Kuntatalouden alijäämä muodostui viime vuonna erittäin suureksi, millä on ollut merkittävästi vaikutusta kuntien kykyyn tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Alijäämien taustalla on osin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien pitkään kestänyt väheneminen (https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/vosleikkaukset20122019_0.png), osin monien kuntien verotulojen lasku. Vaikka valtionosuuksia on jonkin verran vuonna 2020 lisätty, eivät ne kata kunnille asetettujen uusien velvoitteiden kustannuksia.

Suomen terveydenhuollolle onkin tyypillistä julkisen rahoituksen muita Pohjoismaita pienempi osuus (<https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2019/oecd-health-statistics-2019-taloustietoja>). Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon käyttömenoista oli 75,2 % vuonna 2017. Kotitalouksien, työnantajien ja muiden tahojen rahoitusosuus Suomen terveydenhuoltomenoista on selvästi suurempi kuin muissa pohjoismaissa. Julkisen rahoituksen osuus vuonna 2017 oli Ruotsissa 83,7, Norjassa 85,5, Tanskassa 84,0 ja Islannissa 81,8 %. Terveydenhuollon ostovoimapariteetilla käyttömenot/asukasta kohden olivat Suomessa 7 % suuremmat kuin OECD-maissa keskimääri, mutta selvästi alemmat kuin muissa Pohjoismaissa. Norjan käyttömenot/asukas olivat 47 %, Ruotsin 28 % ja Tanskan 22 % suuremmat kuin Suomessa.

Terveyspalvelujen tarve on kuitenkin Suomessa jatkuvasti kasvanut. Tähän on syynä ennen kaikkea väestön vanheneminen. Lähtökohtaisesti perustuslain 19 § edellyttää, että jokaiselle

järjestetään riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Terveystenhuollon riittämättömät resurssit tarpeeseen nähden näkyvät arkipäivän toiminnoissa mm. vaikeutena ylläpitää perusterveydenhuollon lääkäripalveluita, erikoissairaanhoidon jonoja tai toimipisteiden (esim. päivystykset) ruuhkautumisina sekä riittämättöminä henkilöstömitoituksina esim. vanhushuolteissa.

Kokonaisuutena voidaan todeta, että terveydenhuollon julkisen rahoituksen osuus on Suomessa 2010-luvulla vähentynyt, vaikka palvelutarve on lisääntynyt, mikä heikentää merkittävästi järjestelmän kykyä vastata yllättäviin haasteisiin (kalliit uudet hoidot, äkilliset epidemiatilanteet jne.). Lähtötilanne huomioiden Suomen sairaanhoidon kyky vastata koronaepidemiaan ei siis ole niin hyvä, kuin julkisuudessa on annettu ymmärtää.

Koronavirusepidemian terveydenhuollolle aiheuttamat haasteet

Koronavirusepidemian aiheuttaa sairaanhoidolle kustannuksia kahdella tavalla. Ensinnäkin koronainfektioon sairastuneet potilaat on hoidettava eli heistä aiheutuu tavanomaisen hoidon tarpeen lisäksi kustannuksia. Toisaalta koronaepidemia merkitsee muun elektiiivisen hoidon vähenemistä, kun hoitoresursseja siirretään elektiiivisistä hoidosta koronapotilaiden hoitoon. Ts. jos leikkaussalin heräämö hengityskoneineen muutetaan koronapotilaita hoitavaksi yksiköksi, ei leikkauksia voida suorittaa. Tällöin leikkaustoiminnan tuomat toimintatuotot jäävät saamatta. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) toiminnan osalta voidaan arvioida, että elektiiivisen leikkaustoiminnan keskeytyminen kahden kuukauden ajaksi aiheuttaa n. 200 milj. euron tulonmenetykset. Kun HUS tuottaa n. 30 % koko Suomen erikoissairaanhoidosta, merkitsee elektiiivisen leikkaustoiminnan keskeytyminen koko Suomen tasolla n. 700 milj. euron aukkoa sairaanhoitopiirien budjetteihin.

Koronavirusinfektioon sairastuvien potilaiden määristä esitetään hyvin erilaisia arvioita, mutta monissa Valtioneuvoston esittämissä arvioissa on sairastuneiden määrästä käytetty arviota 35 % väestöstä eli n. 1,9 milj. suomalaista. Jos näistä sairaalahoitoa tarvitsee 15 % ja tehohoitoa 5 % merkitsisi se, että n. 278 000 suomalaista tarvitsisi epidemia-aikana (esim. n. 6 kk jakso) sairaalahoitoa ja heistä 96 000 tehohoitoa. Keskimääräiseksi hoitoajaksi voi molemmissa tapauksissa arvioida 12 vrk. Sairaalat laskuttavat palveluistaan yleensä ns. DRG-tuotteina, joissa yhden hoitojaksoon on koottu kaikki hoidon aiheuttamat kustannukset

(<https://www.hus.fi/hus-tietoa/talous/Hinnoittelu/Documents/HUS%20Palveluhin->

[nasto%202020,%20tuote-%20ja%20suoriteperusteiset%20hin-
nat%20\(osat%201%20ja%202\).pdf](#)). Sairaalan tavallisen vuodeosastohoidon hoitopäiväkus-
tannuksen voidaan koko maa huomioiden arvioida v. 2020 olevan n. 300 euroa/pvä ja teho-
hoidon kustannuksen n. 3000 euroa/pvä. Tällöin kaikkien koronapotilaiden hoitoon vaaditun
tehohoidon kustannukset olisivat n. 3,4 mrd euroa. Kun tehohoito/valvontapaikkoja ei ole
Suomen sairaaloissa käytännössä tarjota yhtäaikaaisesti kuin enintään n. 1000, voidaan teho-
hoitoa 6 kk epidemian aikana antaa enintään 180 000 hoitopäivää (ts. max. 15 000 potilaalle
eli n. 15 %:lle tehohoitoa tarvitsevista), jolloin tehohoidon kustannus näin laskien olisi 540
milj. euroa. Muut potilaat saisivat tavallista vuodeosastohoitoa eli laskennallinen kustannus
12 vrk hoidolle: $[(278\,000 \text{ potilasta} \times 12 \text{ hoitopäivää}) - 180\,000 \text{ tehohoidon hoitopäivää}] \times$
300 euroa hoitopäivä, on n. 946 milj. euroa.

Erikoissairaanhoidon lisäksi koronaepidemiasta aiheutuu haasteita perusterveydenhuollolle
sekä vanhushpalveluille. Koronaepidemia lisää myös perusterveydenhuollon palvelujen kysyn-
tää ja mitä todennäköisemmin myös vanhushpalvelujen henkilöstötarvetta. Tämä johtuu siitä,
että vanhuksat kuuluvat riskiryhmään, jota pyritään erityisesti suojelemaan. Tämä tarkoittaa,
että korona-altistuneet henkilöt taikka sukulaiset eivät voi osallistua vanhuksen hoitoon, mikä
väistämättä lisää henkilöstötarvetta.

Kun koronaepidemian aiheuttamat hoitokustannukset ja toisaalta elektiivisen hoidon viivästy-
misen aiheuttamat tuotannon menetykset lasketaan yhteen, päädytään 35 % väestön tartunta-
tasolla arvolla 2-2,5 mrd euron kokonaiskustannuksiin. On ilmeistä, ettei talousvaikeuksista
kärsivä kuntasektori eikä Suomen sairaanhoito millään selviä tällaisesta tilanteesta ilman val-
tion merkittävää lisärahoitusta. Käsitykseni mukaan valtion tulisi lisätalousarviossa lisätä jul-
kisen terveydenhuollon rahoitusta nykyisestä n. 11 mrd euron tasosta vähintään 10 %:lla eli
n. 1,1 mrd euron lisärahoituksella. Suomen valtion luottokelpoisuus on edelleen hyvä, joten
on vaikea löytää perusteita sille, miksei valtio voisi hoitaa velvoitteitaan jokaisen hengen ja
terveyden suojaamiseksi rahoittamalla asianmukaisesti terveyden- ja sairaanhoitoa.

Rajoitukset perusoikeuksille

Valmiuslain mukaisten valtuuksien käyttöönotto aiheuttaa merkittäviä rajoituksia perusoi-
keuksille, erityisesti henkilökohtaiselle vapaudelle ja omaisuuden suojalle. Eräänä keskeisenä

tavoitteena valtioneuvoston asetuksessa (asetus1: 5 §) on mahdollistaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden käytön viranomaisen määräämiin tarkoituksiin. Valtioneuvosto voi myös rajoittaa lääkkeiden ja terveydenhuollon tarvikkeiden myyntiä (asetus1: 1 §).

Työvelvoite on merkittävä rajoite henkilökohtaiselle vapaudelle. Koronavirusepidemian osalta työvelvoitteeseen liittyy myös sairauden ja kuoleman riski. Esim. Lombardian alueella n. 10 % terveydenhuollon henkilöstöstä on itse saanut tartunnan. Kiinasta on raportoitu useita lääkäreiden kuolintapauksia koronavirusinfektioon (mm. taudista ensinnä raportoinut tri Li Wenliang).

Potilaiden turvallinen hoitaminen edellyttää asianmukaista suojavarustusta. Esimerkiksi Iso-Britanniassa tämä tarkoittaa ns. FFP3-tason suojamaskin käyttöä hoitotilanteessa. Suojavarustuksia sairaaloissa on käytössä vain rajoitetusti, eikä valtion varmuusvarastojen tilanteesta ole varmaa tietoa. Esim. HUS:lla on käytössään vain n. 3000 FFP3-tason suojamaskia. Suomalaisen suosituksen mukaan maskeja käytetään tilanteissa, joissa syntyy eriteroiskeita eli esim. hengityskoneessa olevan potilaan hoidon yhteydessä. Kun yhden potilaan hoitoaika on n. 12 vrk ja suojavarusteet tulisi ohjeistuksen mukaan vaihtaa neljä kertaa päivässä, riittävät ao. suojavarusteet vain n. 65 koronapneumoniapotilaan hoitoon. Lisäksi 12.3.2020 mennessä ao. suojavarusteista, joita on maailmanmarkkinoilta epidemiatilanteessa hyvin vaikea saada, oli jo käytetty n. puolet.

Ehdotettu valtioneuvoston asetus ei esitä poikkeuksia työturvallisuuslainsäädännön säännöksiin. Käsitykseni mukaan ehdotetun työvelvoitteen kaltainen perusoikeusrajoitus on mahdollinen ainoastaan, jos työhön velvoitetulle voidaan antaa asianmukainen suojavarustus.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden riski sairastua ja kuolla kasvaa iän myötä ja jos henkilöllä on joku perussairaus. Ehdotetussa asetuksessa ei mitenkään huomioida työvelvoitetun ammattihenkilön omaa terveydentilaa eikä anneta oikeusturvakeinoja sellaista työmääräystä vastaan, joka vaarantaa velvoitetun oman hengen ja terveyden.

Onko valmiuslain mukaisten valtuuksien käyttö välttämätöntä

Valmiuslain 4 §:n mukaan viranomaiset voidaan oikeuttaa poikkeusoloissa käyttämään vain sellaisia toimivaltuuksia, jotka ovat välttämättömiä ja oikeasuhtaisia valmiuslain 1 §:ssä säädetyn tarkoituksen saavuttamiseksi.

Koronavirusepidemia on alkuvuonna 2020 aiheuttanut poikkeuksellisen tilanteen, jolla on merkittäviä vaikutuksia sekä talouteen että terveydenhuoltojärjestelmän kantokykyyn. Valtioiden toimet epidemian rajaamiseksi (mm. rajojen sulkeminen, vientikiellot yms.) pahentavat globaalitaloudessa epidemian vaikutuksia Suomen väestöön.

Epidemioita ja talouskriisejä on kuitenkin ollut aiemminkin. Esimerkiksi tuberkuloosi tappoi Suomessa 1960-lukuun mennessä kymmeniä tuhansia ihmisiä, mutta tilanne hoidettiin erityislaitailla (jossa tartuntatautilain kaltaiset pakkokeinot), ohjaamalla rahaa taudin hoitoon sekä rakentamalla hoitolaitoksia (keuhkoparantoloita). Suomea pidetään lisäksi maailman resilientimpänä valtiona, jolla pitäisi olla erityisen hyvä kyky selvitä poikkeustilanteista ilman valmiuslain mukaisten poikkeusvalmiuksien käyttöä. On lisäksi huomattava, että toistaiseksi terveysviranomaiset ovat käyttäneet varsin rajoitetusti tartuntatautilain mukaisia pakkokeinoja ja tällä hetkellä sairaanhoidossa Suomessa on vain muutamia koronavirusinfektioon sairastuneita potilaita

Vaikka koronavirusepidemia on aiheuttanut poikkeuksellisen tilanteen, pidän ongelmallisena sitä, että:

- valtioneuvosto ei ole lisäbudjetilla ohjannut riittäviä rahallisia resursseja terveydenhuoltojärjestelmälle, jotta se voisi täyttää lakisääteiset tehtävänsä, vaan pyrki työvelvoitteen avulla korjaamaan mahdollista resurssivajetta
- että tilanteessa, jossa valtion luottokelpoisuus on hyvä, valtioneuvosto vetoaa epidemian aiheuttamiin taloudellisiin ongelmiin perusoikeuksien rajoitusperusteena
- että terveydenhuollon ammattihenkilöille asetettu työvelvoite voi saattaa ammattihenkilöiden oman hengen ja terveyden vaaraan, jos ao. henkilöille ei samalla anneta asianmukaista suojavarustusta
- että riskiryhmiin kuuluville ammattihenkilöille ei ehdotetussa asetuksessa anneta tehokkaita oikeusturvakeinoja työvelvoitetta vastaan

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto