EDUSKUNNAN PERUSTUSLAKIVALIOKUNNALLE

Asia: Lausunto hallituksen esityksestä 241/2020 vp eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Perustuslakivaliokunta on pyytänyt minulta asiantuntijalausuntoa hallituksen sote-uudistusta koskevasta esityksestä 241/2020 vp. Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen on Suomessa viime vuosikymmeneltä alkaen liittynyt ongelmia, joiden takia myös eduskunnan perustuslakivaliokunta on aikaisemmissa lausunnoissaan pitänyt palvelujärjestelmän ja sen rahoituksen uudistamista tärkeänä ja kiireellisenä. Sosiaali- ja terveyspalveluja sekä pelastustointa koskevan uudistuksen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen palvelut, parantaa turvallisuutta, palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua. Tavoitteet ovat hyviä ja perusoikeusnäkökulmastakin kannatettavia – ne kuitenkin ovat joiltain osin toistensa kanssa ristiriitaisia.

Vaikka lakipaketti on edellisen hallituskauden esityksistä asialliselta kattavuudeltaan supistunut, on esitys taustamateriaaleineen massiivinen eli yhteensä 1669 sivua. Tämän vuoksi keskityn lausunnossani esityksen suurimpiin ongelmiin lakiesityksen yksityiskohtien tarkastelun sijasta. Hallituksen esityksen valtiosääntöoikeudellisesti keskeisimmät ongelmat liittyvät mielestäni julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitukseen, sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien yhdenvertaisuuteen, alueelliseen itsehallintoon, yksityisen ja julkisen toiminnan suhteeseen sekä palveluja ilman jäävän väestön oikeusturvaan liittyviin kysymyksiin.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyys perusoikeutena

Suomessa julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen antaminen perustuu ns. *tarveperiaatteeseen*, joka on myös yksi sosiaalioikeuden keskeisistä oikeusperiaatteista. Tarveperiaatteen pohjana on perustuslain 19 §:n säännös, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Palvelujen riittävyyden arvioinnin osalta perusoikeusuudistusta koskenut hallituksen

esitys (HE 309/1993 vp) toteaa, että palvelujen riittävyyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo *jokaiselle ihmiselle* edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Vakiintunut tulkinta PerL 19 § 3 momentin sisällöstä on, että palvelujen on oltava riittäviä niin yksittäisen henkilön (”jokaisen”) kuin väestön kannalta eli palvelujen järjestämisestä vastaava taho rikkoo velvollisuuksiaan, jolleivat sen järjestämät palvelut vastaa alueen väestön tarpeita.

Suomen perusoikeusjärjestelmän erityispiirteenä on, että perusoikeusuudistuksen yhteydessä sosiaalisia perusoikeuksia koskevista säännöksistä tehtiin oikeudellisesti sitovia. Syynä tälle oli, että perusoikeusuudistuksesta päätettiin eduskunnassa keskellä 1990-luvun suurta lamaa, jolloin sitovilla perusoikeussäännöksillä haluttiin varmistaa, etteivät valtiontalouden säästötavoitteet johda jokaiselle kuuluvien oikeuksien heikentämiseen. Säännökset siirrettiin tältä osin muuttumattomina vuoden 2001 perustuslakiimme. Esim. eduskunnan oikeusasiamiehen useissa ratkaisuissa on todettu, että potilaiden jättäminen hoidotta hoidon korkeiden kustannusten takia rikkoo hoitoa järjestävän tahon velvollisuutta antaa jokaiselle riittävät palvelut, ja että hoidon antamatta jättämisen perusteena voi olla ainoastaan lääketieteellinen syy (esim. EOA Dnro 488/4/00 ja Eoak 921/2004). Perustuslain 19 §:n säätämishistorialla on siksi suuri merkitys arvioitaessa sitä, onko nyt arvioitavana oleva hallituksen esitys valtiosääntöoikeudellisesti hyväksyttävä. Tässä suhteessa on merkitystä myös sillä, että sekä perustuslakivaliokunta aikaisempia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisesityksiä arvioidessaan että hallitus nykyisessä esityksessään, ovat pitäneet sosiaali- ja terveyspalvelujen nykyistä riittävyyttä ja yhdenvertaista toteutumista puutteellisina.

1. Terveydenhuollon tarpeen mittaamisesta

Hallituksen sote-esityksen keskeisenä tarkoituksena on turvata laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertainen saatavuus.

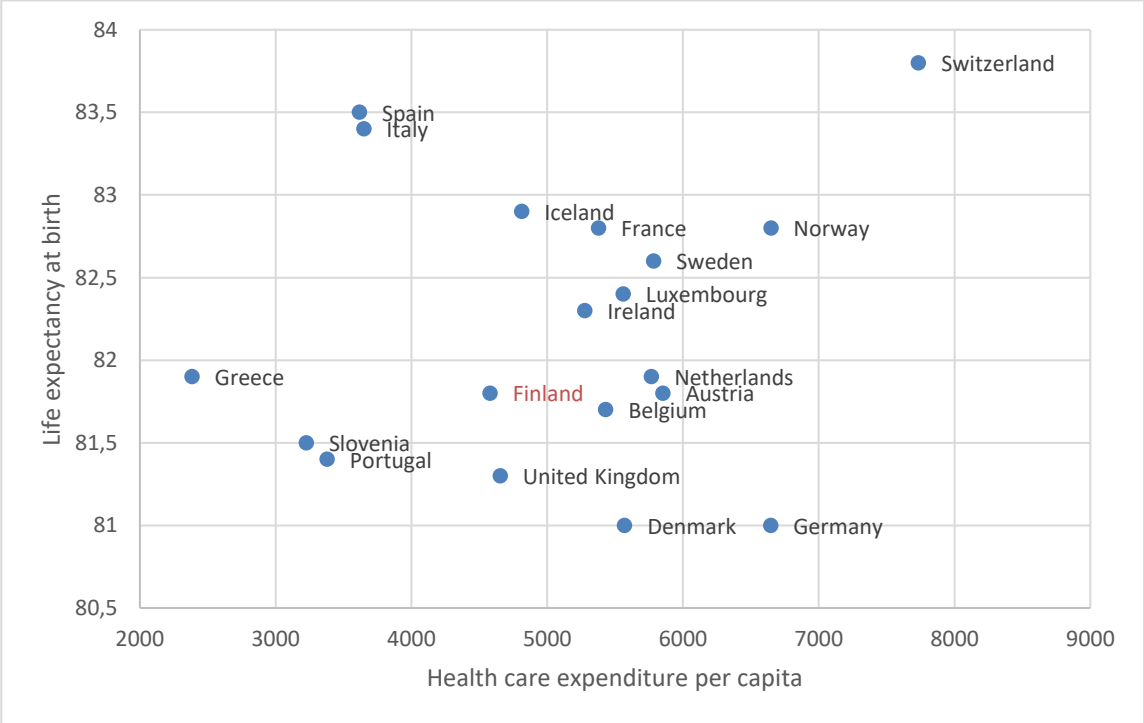
Sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävää tasoa voidaan arvioida eri tavoin. Terveystaloustieteellisessä kirjallisuudessa terveyspalvelujen tarpeella tarkoitetaan kykyä hyötyä annetusta palvelusta. Ts. jollain palvelujärjestelmän tuottamalla palvelulla pystytään esim. parantamaan palvelun kohteen toimintakykyä taikka parantamaan elinikäennustetta. Jotta sosiaali- ja terveyspalvelut olisivat objektiivisesti tarkastellen jokaiselle riittävät, tulisi niiden olla sitä tarkastelutavasta riippumatta. Seuraavassa tarkastellaan Suomen sote-palvelujen riittävyyttä eri tarkastelutavoilla:

1.1 Vertailu muihin Pohjoismaihin

Perusoikeusnäkökulmasta ehkä keskeisin arvioinnin viitekehys on Euroopan sosiaalinen peruskirja, joka Suomi on osaltaan allekirjoittanut vuonna 1991. Peruskirjan tavoitteena on turvata ja edistää sosiaalisia oikeuksia Euroopassa asettamalla sopimusvaltioille vähimmäisvaatimuksia, joihin niiden on sitouduttava. Vähimmäisvaatimuksien osalta sopimusvaltiota verrataan muihin vastaavan kehitystason saavuttaneisiin maihin eli Suomea tyypillisesti muihin Pohjoismaihin.

Tuoreimman OECD aineiston mukaan Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannus asukasta kohti on 4578 euroa, joka on alhaisempi kuin kaikissa muissa Pohjoismaissa (Unmet health care needs | Health at a Glance: Europe 2020 : State of Health in the EU Cycle | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org). Elinikäennusteen osalta Suomi on toiseksi huonoin Pohjoismaista (Kuva 1).

Kuva 1: Terveysmenojen ja elinikäennusteen suhde



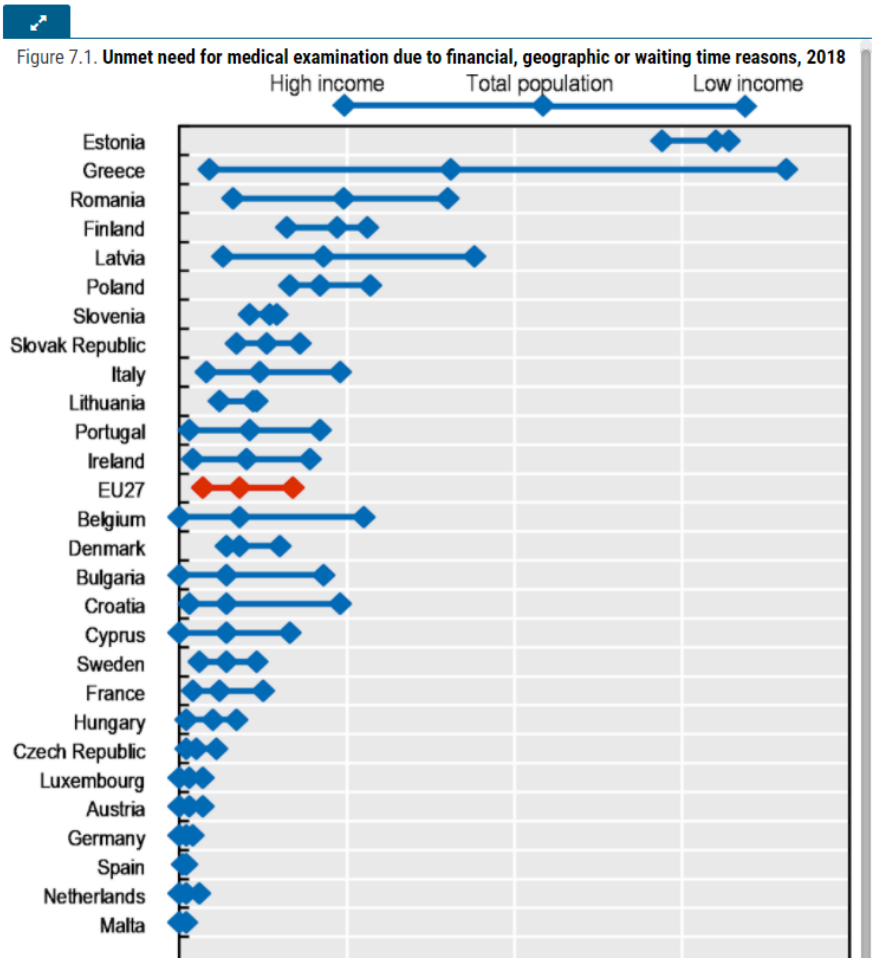
Lisäksi julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista on Pohjoismaiden pienin. Suomessa julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon käyttömenoista oli v. 2018 vain 76,9 % kun se Ruotsissa oli 85,1 (OECD Health Statistics 2020 -taloustietoja | Kuntaliitto.fi). Nyt arvioitavana olevan hallituksen esityksen mukaan tulevasta palvelutarpeen kasvusta rahoitettaisiin vain 80 %, mikä käytännössä johtaisi siihen, että terveydenhuollon julkinen rahoitus Suomessa asukasta kohden laskien olisi hallituksen esityksessä ehdotetun siirtymäkauden lopussa v. 2030 vain 65 % Ruotsissa käytetystä rahamäärästä, jos Ruotsin julkisen terveydenhuollon rahoitusosuus pysyy ennallaan (Liite 1). Tämä

on erityisen ongelmallista huomioiden perustuslain 22 §:n mukaisen perusoikeuksien turvaamisvelvoitteen.

1.2 Terveyspalvelujen saatavuutta seuraavat EU:n tutkimukset

Euroopan unioni seuraa terveyspalvelujen saatavuutta jäsenmaissa säännöllisesti toistetulla SILC-kyselytutkimuksella. Vuonna 2018 Suomi oli EU 27 jäsenvaltiosta neljänneksi huonoimmalla sijalla, kun arvioitiin terveydenhuollon tarpeiden toteutumista potilaiden oman kokemuksen perusteella (Kuva 2). Lähes 5 % suomalaisista ilmoitti SILC-tutkimuksessa, etteivät he ole saaneet tarvitsemiaan terveydenhuollon palveluja. Suomea huonommin menestyivät Viro, Kreikka ja Romania. Erittäin merkittävänä syynä terveyspalvelujen heikkoon saatavuuteen suomalaiset pitävät pitkää matkaa tai palvelun kalleutta (Statistics | Eurostat (europa.eu).

Kuva 2: Ilman tarvitsemiaan terveyspalveluja jäävien osuus EU:n jäsenmaissa (Unmet health care needs | Health at a Glance: Europe 2020 : State of Health in the EU Cycle | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)



1.3 Sairastuvuus ja hoidon kustannukset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on vuosien ajan tutkinut Suomen väestön sairastavuutta ja hoidon kustannuksia maan eri alueilla. Jo aiemmin on mm. vanhusväestön määrää ja eräiden kroonisten sairauksien esiintyvyyttä käytetty perusteena kuntien saamille sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksille. THL:n tekemä selvitys hoidon kustannuksista ja tarpeesta maan eri osissa vuodelta 2018 on myös nyt arvioitavana olevan hallituksen esityksen rahoitusjaon pohjana (Sote-rahoituksen tarvevakiointi (julkari.fi). On kuitenkin huomattava, että raportin laatineet tutkijat ovat itsekin kriittisiä siihen, miten ns. DRG-tuotteita ja niiden hintoja lasketaan (Health care performance comparison using a disease-based approach: The EuroHOPE project - ScienceDirect). Hoidon kustannukset riippuvat hyvin paljon siitä, mille hoitojaksolle kustannukset kirjauntuvat. Tähän vaikuttavat merkittävästi sekä alueelliset hoitopolut (hoidetaanko potilaita sairaalassa vai avohoidossa) että kirjausaktiivisuus (mikä riippuu mm. tietojärjestelmien käytettävyydestä). Erityisenä ongelmana on, että THL:n tarvevakiointi perustuu suuriin sairausryhmiin ja se jättää pitkälti huomiomatta pienten, mutta useiden kalliiden sairausryhmien (ns. harvinaissairaudet) kustannukset. Harvinaissairauksia sairastavia potilaita arvioidaan olevan n. 10 % kaikista hoidettavista potilaista. Esimerkiksi HUS-kuntayhtymän oman palvelutuotannon vuoden 2019 kustannuksista THL:n tarvevakiointiin sisältyvät diagnoosit kattavat n. 54 %. Toisin sanoen, malliin valikoidut sairausryhmät eivät riittävästi kuvaa niitä potilasryhmiä, joista terveydenhuollon kustannukset todellisuudessa aiheutuvat. Liitteessä 2 on esitetty joitain tarvevakioinnin ulkopuolella olevia potilasryhmiä (Liite 2). Ehdotettu tarvevakioinnin tapa onkin yhdenvertaisuuden kannalta hyvin ongelmallinen, kun rahoituksen tarvetekijöissä otetaan huomioon vain jotkin sairausryhmät.

1.4 Hoitojonot ja hoitovelka

Tällä hetkellä terveyspalvelujen riittävää saatavuutta arvioidaan ns. hoitotakuun määräaikojen täyttymisellä. Vuonna 2020 alkanut koronaepidemia on koko maassa heikentänyt hoitoon pääsyä ja pidentänyt hoitojonoja. Sosiaali- ja terveysministeriö arvioi julkisuudessa, että jo vuoden 2020 lopulla koronaepidemian takia syntynyt hoitovelka aiheuttaisi yli 1 mrd euron lisäkustannuksen terveydenhuollolle.

Vuoden 2020 lopussa jonotilanne on maan keskiarvoa huonompi seuraavien sairaanhoitopiirien alueella (Liite 3): Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Lappi, Pirkanmaa, Vaasa, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo,

Satakunta ja Varsinais-Suomi. Näistä Etelä-Karjalan, Lapin, Pirkanmaan, Pohjois-Karjalan ja Varsinais-Suomen nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen kustannukset ovat alhaisempia kuin sote-uudistuksen mukaiset laskennalliset kustannukset.

Hallituksen esityksen mukainen rahoitusmalli ei kuitenkaan mitenkään huomioi hoitojonoja ja hoitovelkaa. Äärimmäisenä esimerkkinä Pohjois-Karjala, jossa perusterveydenhuollon hoitojonossa 31.12.2020 oli n. 27 000 henkilöä. Pohjois-Karjalan (eli Siun Soten) nykyiset kustannukset ovat 356 euroa asukasta kohti pienemmät kuin sote-mallin laskennallinen rahoitus. Ehdotetun rahoituslain siirtymätasauksen 200 euron enimmäismäärä johtaa siihen, että Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen rahoitus jäisi pysyvästi 156 euroa asukasta kohti alle laskennallisen rahoituksen. Ehdotettu ”tarvevakiointiin” perustuva rahoitusmalli on tämän takia perusoikeusnäkökulmasta ongelmallinen. Se ei ehdotetussa muodossa turvaa jokaiselle riittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Onkin täysin selvää, että käytettäessä palvelujen rahoituksen pohjana nykyistä palvelujen käyttöä, arvioinnista jää huomioimatta sekä ns. piilevä palvelutarve että tuleva palvelutarpeen lisääntyminen, joiden takia kuitenkin koko sote-uudistusta tehdään ja jotka julkisen vallan tulisi järjestää. Piileviä, mutta perustuslain mukaan julkisen vallan hoidettavaksi kuuluvia tarpeita edustavat mm. se osa väestöstä, joka ei ole ollenkaan päässyt tarvitsemiensa palvelujen piiriin (eikä siksi näy tilastoissa – EU:n edellä mainitun SILC -tutkimuksen mukaan n. 5 % Suomen väestöstä), olemassa oleva hoitovelka (hoitojonot ml. koronanepidemian aiheuttama hoitoon pääsyn viivästyminen) sekä nykyisin pitkälti yksityisillä palveluilla katettu hoito (esim. hammashoito), jota ei ole huomioitu sote-uudistuksen rahoituslaskelmissa.

2. Palvelutarpeen arviointi hallituksen esityksessä

Hallituksen esityksen (s. 20) mukaan ” *Maakuntien rahoitus perustuu pääosin valtion rahoitukseen. Sosisaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä uudistetaan tarvevakioituihin kriteereihin perustuvaksi. Maakunnat voivat periä lakiin perustuvia asiakasmaksuja*.” Perustuslain näkökulmasta on keskeistä arvioida, onko hallituksen esityksessä ehdotettu rahoitusjärjestelmä sellainen, että se täyttää PerL 19 § 3 momentin vaatimuksen jokaiselle riittävistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Erityisesti tarvevakiointijärjestelmän luotettavuus on keskeistä sen kannalta, että jokainen saa hänelle perustuslain 19 §:n mukaan kuuluvat riittävät palvelut, jotka mahdollistavat toimimisen yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Sote-uudistukseen valittu palvelutarpeen arviointimallin lähtökohta ovat kuiten-

kin vain eräät diagnosoidut sairaudet (ei palvelutarve). Mallissa on yhteensä 53 tautiluokkaa (terveydenhuollossa 51, vanhustenhuollossa 18 samaa luokkaa kuin terveydenhuollossa [mutta eri painolla] sekä sosiaalihuollossa 13, joista 11 samaa kuin terveydenhuollossa). Sosiaalihuollon palvelutarpeen määrittämisen pohjana ei ole yhtään sellaista luokkaa, joka mittaisi suoraan esimerkiksi lastensuojelun palvelutarvetta.

Hallituksen esitykseen sisältyvän rahoituslain 13 § pykälän mukaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset muodostuvat laskemalla yhteen tulot, jotka saadaan kertomalla terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon perushinnat 14 §:ssä tarkoitetuilla hyvinvointialuekohtaisilla palvelutarvekertoimilla ja hyvinvointialueen asukasmäärällä. Perushintojen määräytymistä on selvitetty rahoituslakiehdotuksen 2 §:n 2 kohdan perusteluissa. Perushinnoista säädetään vuosittain valtioneuvoston asetuksella. Sääntelytapa vastaa voimassa olevaa kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettua lakia.

Pykälän 4 momentin nojalla tehtäväkohtaisista painotuksista säädetään vähintään kolmen vuoden välein. Lain voimaantulosäännöksen mukaisesti ensimmäinen tarkistus tehdään vuodelle 2023. Tarkemmin tarvetekijät ja niiden painokertoimet määritetään ehdotetun rahoituslain 14 §:ssä. Pykälän 5 momenttiin sisältyy valtuutus säätää valtioneuvoston asetuksella vuosittain seuraavaa varainhoitovuotta varten asukaskohtaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon perushinnasta sekä 14-20 §:ssä tarkoitettujen määräytymistekijöiden perushinnoista. Perushinnat tarkistetaan 5 ja 6 §:ssä tarkoitetun kustannusten ja rahoituksen tason tarkistamisen sekä 3 luvussa säädettyjen perushintoihin vaikuttavien määräytymistekijöiden perusteella. Perushintamekaniikka antaa valtioneuvostolle mahdollisuuden suurentaa tai pienentää hyvinvointialueiden rahoitusta vuosittain palvelutarpeesta tai sen kasvusta riippumatta. Mallin vaarana on, että jos kustannusnousuja ei viedä perushintoihin täysimääräisenä, pienenee sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus tarpeesta riippumatta. Tilanne on hyvin samankaltainen, mikä on ollut viime vuosina esimerkiksi sairausvakuutuksen korvaustaksojen osalta, jotka ovat vuosi vuodelta vähentyneet ja korvaavat yhä pienemmän osan hoitokustannuksista.

Hyvinvointialueille ehdotetussa rahoituksessa ei ole myöskään riittävästi huomioitu hallinnollisen muutoksen aiheuttamia kustannuksia kuten palkkaharmonisointia, tarvittavaa toiminnan kehitystoimintaa (ml. toimintamallien yhtenäistämistä) eikä hyvinvointialueen tietojärjestelmien yhtenäistämistä. Ilman rahoitusta ei hyvinvointialueilla todellisuudessa ole varaa toteuttaa tarvittavia toimenpiteitä organisaation muutokseen liittyen.

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamistarpeen taustalla on pääosin palvelujen rahoituskriisi, kun kunnat eivät nykyisellään pysty rahoittamaan palveluja palvelutarvetta vastaavasti. Hallinnolliset ratkaisut eivät ilman rahoituksen korjaamista tilannetta paranna,

sillä Suomessa on jo useita ns. hyvinvointikunta, jossa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalitoimi on integroitu. Vaikka palvelut on niissä integroitu, eivät kustannukset ole merkittävästi vähenneet ja useat hyvinvointikuntayhtymät ovat joutuneet lisääntyneestä palvelutarpeesta huolimatta käynnistämään yt-menettelyn heikentyneen taloutensa takia (esim. PHHYKY, Kymsote, ja Eksote vuosina 2019-2020). Rahoituksen vähentämistä ei siksi voi perustella integraation mahdollisesti tuomilla kustannussäästöillä, koska tällaisia säästöjä ei todellisuudessa ole integroiduissa malleissa tullut. Lisäksi merkittävä osa Suomen väestöstä (Helsinki ja Uusimaa) saavat palvelunsa mallissa, jossa sote-palvelujen tuotantoa ei ole hallinnollisesti integroitu.

Palvelujärjestelmän rahoituskriisin syynä on sekä palvelutarpeen nousu ja väestörakenteen muutokset, mutta myös kuntien valtionosuuksiin viime vuosikymmenellä tehdyt leikkaukset (joilla mm. kuntia pyrittiin kannustamaan kuntaliitoksiin ym.) että kuntien uudet velvoitteet. *Sote-järjestelmien ongelmien takana oleva riittämätön rahoitus ei siksi korjaannu hallituksen esityksessä esitetyllä rahoitusmallilla (jakamalla nykyinen rahoitus uudelleen), vaan esitykseen sisältyvä mekanismi palvelutarvetta pienempään rahoituslisäykseen, piilevien hoitotarpeiden ja hoitovelan huomiotta jättäminen sekä mahdollisuus perushintoja määrittämiseen valtioneuvoston asetuksella vaarantavat vakavasti perustuslain 19 §:n edellyttämien sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävän saatavuuden.* Tähän yhdistyy vielä se, että rahoituskehyksen ylittäminen siinäkin tilanteessa, jossa ylitys johtuu lakisääteisten palvelujen tuottamisesta väestölle, johtaa hyvinvointialueen arviointimenettelyyn. Ehdotettu rahoitusmekanismi ei siis kannusta hyvinvointialueita varmistamaan riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus väestölleen, vaan enemminkin pysymään rahoitusraamin puitteissa. Tämä taas on hyvin ongelmallista perusoikeuksien edistämisvelvoitteen ja sosiaalisten perusoikeuksien oikeudellisen velvoittavuuden kannalta.

3. Alueelliseen itsehallintoon liittyvät perustuslailliset kysymykset

3.1 Vahva valtionohjaus heikentää ehdotettujen hyvinvointialueiden itsehallintoa

Hyvinvointialueiden itsehallinto toteutuisi hallituksen esityksen mukaisessa järjestelmässä vain hyvin rajallisesti. Käytännössä itsehallinto toteutuu vain hyvinvointialueille myönnetyn rahoituksen käytössä (niin kauan kuin hyvinvointialue toimii STM:n asettamien kansallisten strategisten tavoitteiden puitteissa). Laskennallinen lainanottovaltuus sekä velvoite hyväksyttää investointisuunnitelma STM:ssä tai Sisäministeriössä heikentää merkittävästi hyvinvointialueiden mahdollisuuksia toteuttaa itsehallintoa palveluiden järjestämisestä omalla alueellaan.

Hallituksen esityksen mukaan hyvinvointialueet eivät voisi vapaasti sopia keskinäisestä yhteistyöstä joko yhteistyöalueella tai kahden hyvinvointialueen välisesti. Ehdotetun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lain 36 § mukainen hyvinvointialueiden välinen yhteistyösopimus rajaa itsehallintoa nykyisen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen mukaisesti. Hyvinvointialueet eivät voi myöskään sopia niille lainsäädännössä asetetuista sitovista velvoitteista yhdessä toisten hyvinvointialueiden kanssa. Hyvinvointialueiden yhteistyö on rajattu vain ns. tukipalveluihin.

Pitkäaikainen lainanotto on sallittua vain lainanottovaltuuden puitteissa investointisuunnitelmassa hyväksyttyihin investointeihin. Investointisuunnitelmat hyväksytetään STM:ssä ja Sisäministeriössä ja niiden hyväksymiseen vaikuttavat mm. investointien yhdenmukaisuus kansallisten strategisten tavoitteiden sekä yhteistyöalueen investointisuunnitelmien kanssa. Jopa viereisten hyvinvointialueiden asukkaiden pääsy kyseisellä hyvinvointialueella tuotettaviin palveluihin voi vaikuttaa toisen hyvinvointialueen investointisuunnitelman hyväksymiseen.

Hyvinvointialuetta koskevan lakiesityksen 122 §:n mukainen arviointimenettely käynnistyy Valtiovarainministeriön päätöksellä. Se voi käynnistyä myös mm. siksi, että hyvinvointialueelle on myönnetty poikkeuksellisesti oikeus ottaa laskennallista lainanottovaltuutta enemmän pitkäaikaista lainaa palvelujen saatavuuden varmistamiseksi. Pidän ongelmallisena sitä, että perustuslain 19 §:ssä turvattujen oikeuksien asianmukainen toteuttaminen alueen väestölle voi näin johtaa jopa hyvinvointialueen itsehallinnon menettämiseen.

3.2 Kuntien asema ja itsehallinto

Ehdotettu sote-uudistuksen mallin muuttaa merkittävästi kunnallishallinon asemaa ja merkitystä. Kunnat ovat huolehtineet asukkaidensa terveydenhuollosta vuoden 1879 lähtien, jolloin julkaistiin "Hänen Keisarillisen Majesteettinsa Armollinen Asetus, koskien terveydenhoitoa Suomessa“. Osana sosiaali- ja terveydenhuollon uutta rahoitusjärjestelmää kuntien omilla veroilla keräämä osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista siirtyy valtiolle. Jotta kokonaisveroaste ei kasvaisi, velvoitetaan kunnat alentamaan kunnallisveroa. Kunnallisveron vähennys olisi 13,26 prosenttiyksikköä kaikissa kunnissa. Myös kuntien osuutta yhteisöveron tuotosta alennettaisiin ja valtion osuutta vastaavasti kasvatettaisiin.

Kunnallisveron tuoton siirtämistä valtiolle voidaan toimenpiteenä historiallisesti verrata Kustaa Vasan uskonpuhdistuksessa tekemään kirkon omaisuuden takavarikointiin, joka tuhosi sekä kirkon varallisuuden että seurakuntien itsehallinnon. Sote-uudistuksessa velat jäävät kunnille siitä riippumatta,

onko velkaa otettu sote-toimintojen ylläpitämiseen taikka sote-investointeihin, vai muuhun tarkoitukseen. Käytännössä useimmat kunnat tulevat jatkossa yhä suuremmassa määrin riippuvaisiksi valtionosuuksista. Kaiken kaikkiaan uudistuksella on syvällisiä vaikutuksia perustuslain 121 §:ssä turvattuun kuntien itsehallintoon. Kuntien verotusoikeus on niin ikään turvattu perustuslain 121 §:ssä. Mielestäni kunnallisveron suuruutta hallituksen esityksessä rajaava säännös on hyvin ongelmallinen kuntien itsehallinnon kannalta.

3.3 Helsingin ja Uudenmaan erityisasema

Suomen perustuslain lähtökohtana on ns. yhtenäisvaltiomalli, jossa maan eri osien väestö pyritään asettamaan julkisen vallan hallinnollisten ratkaisujen osalta yhdenvertaiseen asemaan asuinalueestaan riippumatta. Poikkeuksena tästä on perustuslaissa säädetty Ahvenanmaan itsehallinto. Kuntia koskeva lainsäädäntö on samaa kunnan koosta riippumatta ja erottelu ”maalaiskuntiin” ja ”kaupunkeihin” on lainsäädännöstä poistettu. Perusoikeusuudistuksen yhteydessä v. 1995 kumottiin virallisesti kaikki jäljellä olevat säädyille ja kaupungeille annetut erioikeudet (L 971/1995).

Hallituksen esityksessä asetetaan kuitenkin Helsingin kaupunki nyt eri asemaan maan muiden kuntien ja ehdotettujen hyvinvointialueiden kanssa. Tällaisia erioikeuksia ovat mm, että Helsingin kaupungin sote-palveluihin käyttämä rahoitus taikka investoinnit eivät olisi riippuvaista hyvinvointialueita koskevista valtakunnallisista suunnitelmista eikä Helsingin kaupunki voisi joutua hyvinvointialueita koskevan lain 122 §:n mukaiseen arviointimenettelyyn, vaikka se joko laiminlöisi järjestämisvelvoitettaan taikka käyttäisi asukasta kohden rahaa huomattavasti enemmän kuin THL:n ”tarvevakiointi” edellyttäisi. Ehdotettu malli johtaisi väistämättä väestön eriarvoisuuteen sekä nykyisellä pääkaupunkiseudulla että maan eri osien välillä.

Uudenmaan osalta hallituksen esittää erillislakia, jossa erikoissairaanhoidon palveluja tuottaisi Uudenmaan neljän hyvinvointialueen ja Helsingin muodostama HUS-yhtymä. Hallituksen esityksen yhtenä tavoitteena on ollut palvelujen integroiminen saman järjestäjän tuottamaksi, joten tämä ei ehdotetussa mallissa Uudenmaan osalta toteudu. Suurempana ongelmana on kuitenkin päätöksentekoa koskeva demokratiavaje. Kun muussa maassa hyvinvointialueiden asukkaan valitsevat vaaleilla hyvinvointialueen valtuuston, jäisi Uudellamaalla HUS-yhtymän hallinto muodostettavaksi välillisellä demokratialla, jossa hyvinvointialueiden ja Helsingin valtuustot valitsisivat edustajat HUS-yhtymän valtuustoon sen sijaan, että se valittaisiin suorilla vaaleilla. Pidän tätä mallia ongelmallisena maan asukkaiden yhdenvertaisuuden, mutta myös perustuslain 14 §:ssä turvattujen poliittisten osallistumisoikeuksien kannalta.

Yksityisen ja julkisen palvelutuotannon suhde

Vaikka perustuslain 19 § ei suoraan määritä sote-palvelujen järjestämistapaa, on perustuslakivaliokunnan aikaisemmissa lausunnoissa edellytetty (PeVL 65/2018 vp.), että julkinen valta huolehtii riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta kaikissa olosuhteissa. Erityisen riskin palvelujen saatavuudelle voi aiheuttaa tilanne, jossa sote-palveluja tuottava yksityinen toimija tulee maksu- ja toimintakyvyttömäksi.

Voimassa oleva lainsäädäntö (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksista 733/1992). Antaa järjestämisvastuulliselle taholle viisi eri vaihtoehtoa tuotantotavan järjestämiseen: Ne ovat: 1) hoitamalla toiminnan itse; 2) sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa; 3) olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä; 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta; taikka 5) antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin. Hallituksen esityksessä ehdotetaan kuitenkin tuotantotapoja rajoitettavaksi sekä siltä osin, etteivät hyvinvointialueet pysty täysimääräiseen yhteistoimintaan taikka tuotantovastuiden keskinäisiin siirtoihin, että rajoittamalla mahdollisuuksia palvelujen hankkimiseen yksityissektorilta. Julkista hankintaa koskevat rajaukset ovat ongelmallisia sekä alueellisen itsehallinnon toteutumisen että Euroopan yhteismarkkinoiden toiminnan kannalta. EU:n hankintadirektiivit koskevat myös sosiaali- ja terveydenhuoltoa, mutta ehdotettu sote-järjestämislaki rajoittaisi julkista hankintaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen osalta.

Omaa palvelutuotantoa koskevaa velvoitetta (Sote-järjestämislakia koskevan esityksen 8 §) ei ole määritetty tarkasti. Tämä jättää tulkinnanvaraa sille tuleeko riittävän oman palvelutuotannon toteutua yksittäisten palvelujen vaiko jonkun palvelukokonaisuuden (kuten esimerkiksi ikäihmisille tai kotiin tuotavien palveluiden tasolla). Ehdotettuun toimeenpanolain sopimusten tai sopimusehtojen mitättömyyttä koskeva 29 § pykälä voi osaltaan vaikeuttaa hyvinvointialueidenkykyä selviytyä järjestämisvastuuseen liittyvästä velvollisuudesta turvata palvelujen saatavuus ja saavutettavuus huolimatta siitä, että sopimus tai sen ehto katsottaisiin mitättömäksi vasta 1.1.2026. Hyvinvointialueiden oikeuteen tai joiltain osin käytännössä myös velvollisuuteen irtisanoa yksityisen palveluntuottajan kanssa tehty ostopalvelusopimus liittyy kaiken kaikkiaan huomattavaa tulkinnanvaraisuutta, ja koko järjestely on ongelmallinen perustuslain 15 §:n mukaiseen omaisuuden suojaan kuluvan sopimusvapauden kannalta.

Sote-palvelut kärsivät monissa osissa maata erityisosaajien puutteesta. Esim. yhteispäivystyksiin on usein ollut vaikea saada riittävää määrää lääkäreitä. Hallituksen esityksessä sote-järjestämislaiksi esitetään, että päivystyksessä lääkärin tehtäviä tulee tulevaisuudessa hoitaa virkasuhteessa. Järjestely estää tehokkaasti lääkäripalvelujen hankinnan yksityisiltä yrityksiltä, mutta epäselväksi jää, miten sitten varmistetaan riittävä työvoiman saanti ympärivuorokautisen kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluissa. Vaatimuksella on toki siirtymäaikaa vuoden 2025 loppuun saakka, minkä jälkeen hyvinvointialue saisi käyttää hankittua ja vuokrattua työvoimaa omaa henkilöstöään täydentävästi. Epäselväksi jää myös se, miten käytännössä kaikissa tilanteissa varmistetaan lääkärityövoiman saatavuus, kun erikoissairaanhoidon palveluissa hoidon tarpeen arvioinnin, hoitoratkaisut ja ratkaisun asiakkaan ottamisesta erikoissairaanhoitoon voi sote-järjestämislain 12 §:n mukaan pääsääntöisesti tehdä vain virkasuhteessa oleva lääkäri tai hammaslääkäri. Järjestely on myös siinä mielessä erikoinen, että vakiintuneesti lääkärin julkisessa terveydenhuollossa tekemiä hoitopäätöksiä on pidetty ns. tosiasiallisena hallintotoimintana, joita on voitu tehdä niin työsuhteessa kuin virkasuhteessa. Hoitopäätösten pitäminen julkisen vallan käyttönä johtaa vaatimukseen myös oikeusturvakeinojen käytön laajentamisesta. Tällöin hoidon tarpeen arviointipäätöksistä tulisi voida valittaa hallintotuomioistuimeen, mikä muuttaisi oleellisesti terveydenhuollon oikeusturvajärjestelmää ja edellyttäisi hallintotuomioistuimien resurssien ja lääketieteellisen asiantuntemuksen lisäämistä.

Kaiken kaikkiaan hallituksen esityksessä ehdotetut rajoitukset palveluhankintaan ja vuokratyövoiman käyttöön voivat käytännössä vaarantaa hyvinvointialueiden kykyä tuottaa alueensa väestölle sen tarvitsemia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Hyvinvointialueen asukkaan oikeusturva

Hallituksen esityksen perustelujen (s. 337) mukaan asiakkaalla olisivat käytössään nykyisinkin voimassa olevat eri oikeusturvakeinot hyvinvointialueen palveluissa. Hyvinvointialuetta koskevan lakiesityksen 140 §:n mukaan oikaisuvaatimuksen ja aluevalituksen voisi tehdä vain hyvinvointialueen viranomaisen lopullisesta päätöksestä. Lopullisia olisivat yleensä päätökset, joilla asia on hyvinvointialueella ratkaistu tai jätetty tutkimatta. Muutoksenhaku olisi kielletty päätöksistä, jotka koskevat vain valmistelua tai täytäntöönpanoa.

Hallituksen esitys herättää kysymyksiä hyvinvointialueiden asukkaiden oikeusturvasta tilanteessa, jossa aluevaltuuston hyvinvointialueen talousarviosta tai investointisuunnitelmasta ei vastaa asukkaiden näkemystä riittävistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Tällainen aluevaltuuston päätös voi koskea

niin hyvinvointialueen palveluverkkoa kuin johonkin yksittäiseen toimipisteeseen kohdistuvaa investointia. Päätökset esim. investoinneista perustuvat ministeriön kanssa käytyihin neuvotteluihin taikka ministeriön hyväksymään suunnitelmaan, joihin valitusoikeus ei ulotu. Ehdotettu laaja valtionohjaus siirtääkin paljon tosiasiallista päätösvaltaa valitusoikeuden ulkopuolelle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä Uudellamaalla koskevan lakiesityksen Helsingin kaupungin järjestäessä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sovelletaan kuntalain sijasta, mitä säädetään hyvinvointialueesta annetun lain 7 §:ssä järjestämisvastuusta, 9 §:ssä palvelujen tuottamisesta, 10 §:ssä tuottamista koskevan vastuun toteuttamisesta ja sen valvonnasta, 11 §:ssä hyvinvointialueiden seurannasta ja laillisuusvalvonnasta, 12 §:ssä hyvinvointialueiden taloudesta osana julkisen talouden suunnitelmaa, 13 §:ssä hyvinvointialueen talouden ja -hallinnon neuvottelukunnasta, 16 §:ssä investointisuunnitelmasta, 33 §:ssä kansalliskielilautakunnasta, 8 luvussa hyvinvointialueiden yhteistoiminnasta, 9 luvussa hyvinvointialueen liike-laitoksesta, 120 §:ssä hyvinvointialueen toiminnan, talouden ja palvelutuotannon seurannasta ja tietojen tuottamisesta, 128 §:ssä valtiontalouden tarkastusviraston tarkastusoikeudesta ja 150 §:ssä varautumisesta häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin sekä 16 luvussa oikaisuvaatimuksesta ja muutoksenhausta. Muutoin sovelletaan hyvinvointialueesta annetun lain sijasta kuntalakia. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä Uudellamaalla koskevan lain perusteella tekemiin päätöksiin haetaan muutosta siten, kuin hyvinvointialueesta annetun lain 16 luvussa säädetään. Kuntalain mukaisen valituksen ja aluevalituksen erottelu on yksittäisen kansalaisen kannalta vaikeaselkoinen.

Johtopäätökset

Suomen perustuslain sosiaaliset perusoikeudet on laadittu oikeudellisesti sitoviksi. Perusoikeusuudistuksessa 1995 haluttiin nimenomaisesti varmistaa, että oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin toteutuu myös taloudellisesti vaikeina aikoina. Tämän vuoksi hallituksen esityksessä esitetty malli, jolla sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden puutteita ei korjata ja niitä jatkossa rahoitetaan ennakoitua tarvetta vähemmän, on perustuslain näkökulmasta hyvin ongelmallinen.

Hallituksen esitykseen hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi liittyy selkeitä perustuslaillisia ongelmia. Näitä ovat:

1. Hyvinvointialueiden rahoituksen perustuminen sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen nykytasoon ja tuon rahoituksen kohdentaminen uudestaan ehdotetussa rahoituslaissa esitetyn kriteeristön mukaan sen sijaan, että rahoituksen taso pyrittäisiin nostamaan palvelujen tarvetta vastaavaksi. Rahoitusmalli ei riittävästi huomioi:
    - sosiaali- ja terveyspalvelujen piilevää tarvetta
    - tällä hetkellä lähinnä potilaiden omin varoin toteutettua hoitoa (esim. suun terveydenhuolto)
    - olemassa olevia hoitojonoja ja hoitovelkaa
    - pieniä, mutta kalliita potilasryhmiä

    Kun sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen koko lähtökohtana on, etteivät sote-palvelujärjestelmän nykyiset voimavarat täytä perustuslain 19 §:n vaatimusta, ei hallituksen esitys nyt riittävällä tavalla varmista, että jokainen saisi uudistuksen toteuduttua hänelle perustuslain mukaan kuuluvat riittävät palvelut. Käytännössä rahoitusmalli merkitsee, että julkisen rahoituksen osuus terveysmenoista vähenee ja potilaat/asiakkaat joutuvat itse maksamaan niistä yhä suuremman osan, mikä uudistuksen tavoitteiden vastaisesti lisää eriarvoisuutta ja terveyseroja. Ehdotettu rahoitusmalli ei myöskään kohtele eri potilas- ja asiakasryhmiä yhdenvertaisella tavalla, kun hyvinvointialueiden tarveperusteinen rahoitus perustuu vain joihinkin sairausryhmiin.

2. Hyvinvointialueiden rahoituslakia koskevan esityksen 7 §:ään sisältyvä rahoitusmalli, jonka mukaan palvelutarpeen kasvun kustannuksista rahoitettaisiin vuodesta 2026 lähtien vain 80 % on ongelmallinen perustuslain 19 §:n edellyttämien riittävien palvelujen kannalta. Verrattaessa esim. terveyspalvelujen julkista rahoitusta Suomessa muihin Pohjoismaihin, olemme rahoituksen tason suhteen jo nyt kaikkien huonoimpia ja ero kasvaisi tulevaisuudessa eli hallituksen esitys ei toteuta perustuslain 22 §:n edellyttämä perusoikeuksien turvaamisvelvoitetta. Julkisen rahoituksen osuuden lasku merkitsee lisääntyvää eriarvoistumista, kun potilaat ja asiakkaat joutuvat itse maksamaan yhä suuremman osan tarvitsemistaan palveluista. Ehdotettu rahoitusmalli on tämän vuoksi hyvin ongelmallinen perustuslaissa turvatun yhdenvertaisuuden kanssa. Mahdollinen maakuntaveron säätäminen tulevaisuudessa tätä ongelmaa poista, sillä sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävää rahoitusta ei perustuslakivaliokunnan aiempien linjausten mukaisesti voi jättää tulevan lainsäädännön varaan.
3. Alueellisen itsehallinnon kannalta on ongelmallista, että perustettavien hyvinvointialueiden investointeja sekä mahdollisuuksia tehdä sopimuksia toisten hyvinvointialueiden kanssa rajoitetaan hallituksen esityksessä voimakkaasti. Investointien toteuttaminen ja hyvinvointialueiden lainansaanti riippuu siitä, ovatko STM tai sisäministeriö sekä valtiovarainministeriö hyväksyneet ao.

hyvinvointialueen investointisuunnitelmat. Pidän edelleen itsehallinnon kannalta ongelmallisena sitä, että perustuslain 19 §:ssä turvattujen oikeuksien asianmukainen toteuttaminen alueen väestölle voi arviointimenettelyn kautta johtaa hyvinvointialueen itsehallinnon menettämiseen.

4. Kuntien perustuslain 121 §:ssä turvatun itsehallinnon kannalta on ongelmallista, että uudistuksen yhteydessä kuntien on alennettava kunnallisveroa 13,26 prosenttiyksikkö tilanteessa, jossa kuntien velkataakka jää ennalleen. Tämä merkitsee, että monet kunnat tulevat taloudessaan jatkossa täysin riippuvaisiksi saamistaan valtionosuuksista.
5. Hallituksen esityksessä Helsinkiin ja Uudellemaalle ehdotettu erillisratkaisu ei toteuta yhdenvertaisuutta maan eri osien väestön välillä, rajoittaa perustuslain 14 §:ssä turvattuja osallistumisoikeuksia sekä luo maan pääkaupungille uudet erioikeudet, vaikka perusoikeusuudistuksen yhteydessä nimenomaisesti säädettiin kaupunkien erioikeuksien poistamisesta.
6. Hallituksen esitys rajaa perustettavien hyvinvointialueiden mahdollisuutta palvelujen tuotantotavan valintaan. Tämä on ongelmallista sekä alueellisen itsehallinnon että väestön riittävien palvelujen saatavuuden kannalta. Lisäksi hyvinvointialueiden oikeuteen irtisanoa yksityisen palvelun-tuottajan kanssa tehty ostopalvelusopimus liittyy tulkinnanvaraisuutta ja taannehtivasti jo solmittuja sopimuksia koskeva velvoite on ongelmallinen myös perustuslain 15 §:n mukaisen omaisuuden suojan kannalta.
7. Hyvinvointialueen asukkaan valitusmahdollisuus aluevaltuuston päätöksistä on perustuslain 21 §:n edellyttämän oikeusturvan kannata asianmukainen. Sen sijaan ministeriöiden päätökset hyvinvointialueen investoinneista ym. jäävät valitusmahdollisuuden ulkopuolelle, mikä on oikeusturvan kannalta ongelmallista.

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto

Liitteet:

Liite 1: Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon kustannuksista Suomessa ja Ruotsissa

Liite 2: Tarvevakioinnin ulkopuolelle jäävien sairausryhmien kustannukset HUS:ssa 2019 diagnoosiryhmittäin

Liite 3: Hoitojonot ja siirtymätasaus perustettavaksi suunnitelluilla hyvinvointialueilla