**Lausunto Eduskunnan talousvaliokunnalle**

Eduskunnan talousvaliokunta on pyytänyt allekirjoittaneelta kirjallista asiantuntijalausuntoa koskien hallituksen esitystä 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 (HE 241/2020 vp)

## 1. Yleistä

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi uuden hallintotason, hyvinvointialueiden, perustamisen ja toiminnan kannalta keskeiset lait, joita ovat laki hyvinvointialueesta, laki sosiaali- ja terveyden-huollon järjestämisestä, laki pelastustoimen järjestämisestä, laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla sekä niiden yhteinen voimaanpanolaki, laki hyvinvointialueiden rahoituksesta sekä ehdotukset kuntien valtionosuutta koskevan lainsäädännön, verolainsäädännön, hyvinvointialueiden henkilöstöä koskevan lainsäädännön sekä eräiden yleishallintoa koskevien lakien muuttamiseksi.

Sosiaali- ja terveyspalveluja sekä pelastustointa koskevan uudistuksen tavoitteena 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.

Esityksen mukaan Suomeen muodostetaan 21 hyvinvointialuetta, joille siirrettäisiin kuntien vastuulla nykyisin olevat sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävät.

## 2. Hallituksen esityksen arviointia

Hallituksen esitys on erittäin laaja ja seikkaperäinen, eikä käytettävissä oleva aika riitä sen yksityiskohtaiseen perkaamiseen. Tämän vuoksi lausunnossa nostetaan esille näkökohtia, joiden osalta tämän lausunnon laatijalla heräsi kysymyksiä.

### 2.1 Potilasdirektiivi

Direktiivillä potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa 2011/24/EU (potilasdirektiivi) on luotu säännöt rajat ylittävän terveydenhuollon saatavuuden helpottamiseksi EU:n sisällä ja potilaiden liikkuvuuden varmistamiseksi EU-tuomioistuimen vahvistamien periaatteiden mukaisesti. Tavoitteena on myös edistää terveydenhuoltoa koskevaa jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä. Potilasdirektiivi sisältää muun ohella määräykset potilaan oikeudesta saada korvausta toisessa EU- tai ETA-valtiossa saadun hoidon kustannuksista. Suomessa potilasdirektiivi on implementoitu lailla rajat ylittävästä terveydenhuollosta (1201/2013).

Rajalain 9 §:n 1 momentin mukaan henkilön matkustaessa toiseen EU-valtioon tarkoituksenaan käyttää siellä terveydenhuollon palvelua, potilaalle hoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan siten kuin sairausvakuutuslain 2–5 luvussa säädetään. Edellytyksenä on, että annettu hoito kuuluu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan eikä potilaalle ole

annettu rajalain 13 §:ssä tarkoitettua lupaa hoitoon hakeutumiseen.

Euroopan komissio antoi syyskuussa 2015 Suomelle virallisen huomautuksen potilasdirektiivin implementoinnista. Komissio katsoi, että Suomessa käyttöönotettu korvausmalli, jonka mukaan ilman ennakkolupaa toisesta EU- tai ETA-valtiosta tai Sveitsistä haetun terveydenhuollon kustannukset korvataan sairausvakuutuslain mukaisesti, on potilasdirektiivin vastainen. Komissio uudisti näkemyksensä huhtikuussa 2016 antamassaan perustellussa lausunnossa ja kehotti Suomea ryhtymään toimenpiteisiin sen varmistamiseksi, että potilaalle toisessa EU- tai ETA-valtiossa annetun hoidon kustannukset korvataan siten, että potilaan maksettavaksi jäisi sama summa, jonka hän olisi maksanut kyseisestä hoidosta Suomen julkisessa terveydenhuollossa.

Komission rikkomusmenettely on edelleen vireillä, eikä Suomi ole toistaiseksi korjannut potilasdirektiivin implementointia. On kyseenalaista, voiko Suomi menestyksellisesti vedota potilasdirektiivin 7 artiklan 9 kohdan mukaiseen poikkeukseen oikeudellisena perusteena potilaiden korvausoikeuden rajoittamiselle. Korvausoikeuden rajoittaminen kyseisellä perusteella edellyttäisi, että rajoittaminen perustuu yleistä etua koskeviin pakottaviin syihin. Rajoituksen on lisäksi oltava välttämätön ja suhteellisuusperiaatteen mukainen eikä se saa olla mielivaltaisen syrjinnän väline tai perusteeton este tavaroiden, henkilöiden tai palvelujen vapaalle liikkuvuudelle. Korvausoikeuden rajoittamista ei voida myöskään voitane pitää välttämättömänä ja suhteellisuusperiaatteen mukaisena potilasdirektiivin 7 artiklan 11 kohdan edellyttämällä tavalla.

Sote-lainsäädännön yhteydessä olisi tarpeen saattaa Suomen oikeustila sellaiseksi, että se täyttää potilasdirektiivin vaatimukset. Kustannusten kasvun rajoittamiseksi tulisi valita sellainen malli, joka rajoittaisi nykyistä korvausmallia vähemmän suomalaisten potilaiden tosiasiallista mahdollisuutta valita toiseen EU-jäsenvaltioon sijoittautunut terveydenhuollon palveluntarjoaja.

### 2.2 Yksityisten palveluntuottajien asema

Esityksessä säädetään hyvinvointialueille siirtyvien ostopalvelusopimusten mitättömyydestä, jos sopimukset ovat sellaisia, että alue ei enää vastaa sote-palveluiden järjestämisestä eli on siirtänyt liian suuren osan palvelutuotannostaan yksityisen yhtiön hoitoon. Lakiesityksessä arvioidaan, että tämä koskisi yhtä ulkoistusta. Tämän ohella muiden ulkoistusten osalta käytettäisiin irtisanomismenettelyä.

Perustuslain 19 §:n 3 momentissa todetaan, että julkisen vallan tulee turvata kansalaisille riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Perustuslaissa ei kuitenkaan vaadita, että julkisen vallan pitäisi tuottaa ne itse. Kuntalain mukaan että kunta voi järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut hankkimalla niitä yksityiseltä tuottajalta.

Hallitus on viitannut perusteluissaan viime vaalikaudella perustuslakivaliokunnassa tehtyihin tulkintoihin, jossa arvioitiin edellisellä vaalikaudella käsittelyssä ollutta nk. valinnanvapausmallia. Yleisten oikeudellisten tulkintaperiaatteiden mukaisesti perustuslakivaliokunnan aiempia lausuntoja on kuitenkin tulkittava aina siinä asiayhteydessä, jossa ne on annettu, eivätkä tulkinnat ole suoraan sovellettavissa tähän lakiesitykseen. Tuolloin esille noussut perustuslakikysymys liittyi erityisesti siihen, että maakuntien oikeutta itse tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja oltaisiin rajoitettu. Tämä yhdessä ehdotetun kapitaatiomallin (jota allekirjoittanutkin kritisoi) herätti kysymyksen siitä, onko maakunnalla kriisitilanteessa riittävät mahdollisuudet turvata riittävät sote-palvelut perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisesti. Nyt käsittelyssä oleva sote-malli perustuu pääosin julkisen palvelutuotantoon, joten em. kysymys ei ole samalla tavoin relevantti.

Nykyisin kunta tai kuntayhtymä voi tuottaa järjestämisvastuulleen kuuluvat palvelut itse tai hankkia ne sopimukseen perustuen muulta palvelujen tuottajalta. Esimerkiksi terveysasemia koskevilla sopimuksilla on voitu nopeuttaa potilaiden hoitoonpääsyä. Julkisella puolella kiireettömään hoitoon voi joutua jonottamaan jopa 3 kuukautta. Merkittäviä ongelmia on raportoitu vanhustenhuollon osalta, ei sen sijaan terveyspalvelujen ulkoistuksissa. Suomessa vallitsee tilanne, jossa julkisen sektorin on vaikea rekrytoida lääkäreitä ja yksityisen sektorin kapasiteetti on vajaakäytössä. Tällöin taloudellisesti järkevää ja taloustieteellisesti perustelua optimointia on sellainen ratkaisu, joka ei aseta ylimääräisiä esteitä sote-alan julkisille hankinnoille. Palvelujen saatavuus ja laatu lienee hallintomallia tärkeämpi kysymys kun arvioidaan sitä, miten hyvin perustuslain 19 §:n 3 momenttia noudatetaan.

Takautuvalla lainmuutoksella toteutettava mitätöinti tai irtisanominen on ongelmallinen lähtökohta, kun kunnat ja yksityiset palveluntuottajat ovat tehneet sopimuksensa voimassa olevan oikeusjärjestyksen mukaisesti. Asiaa tulisi harkita myös suhteellisuusperiaatteen näkökulmasta suhteellisuusperiaatetta eli käytettyjen keinojen tulisi olla oikeassa suhteessa tavoiteltuun päämäärään. On tärkeää, että näihin kysymyksiin saadaan perustuslakivaliokunnan kannanotto.

Kysymyksiä herättää myös hallintotoiminnalle annettu laaja merkityssisältö. Perustuslain 124 §:n mukaan ”julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle.” Vakiintuneesti tällä tarkoitetaan julkisen vallan käyttöä tai muuta hallintotoimintaa. Nykyisen käytännön mukaan esimerkiksi diagnoosien tekemistä tai hoitotoimintaa pidetään ”tosiasiallisena toimintana” ei hallintotoimintana. Tämä uusi tulkinta, jonka mukaan esimerkiksi diagnoosin tekemistä tai potilaan hoitamista pidettäisiin ”hallintotoimintana”, olisi omiaan rajoittamaan yksityisten toimijoiden mahdollisuuksia tarjota terveyspalveluita julkiselle sektorille.

### 2.3 Muita kysymyksiä

Eri valtiopäivillä käsiteltyjä sote-esityksiä on leimannut pyrkimys löytää malleja, joilla voidaan tasapainottaa hoitotavoitteet ja kustannukset. Tämä on ilman pandemiaakin tärkeää jo väestön ikääntymisestä johtuen.

Hallituksen esityksestä ei kovin selkeästi ilmene, mitä ovat ne kannustimet, joilla kustannusten kasvua hillittäisiin esitetyssä sote-mallissa. Tällaiset kannustimet voisivat koskea sekä asiakkaita että tuottajia. Mikäli tällaisia pidäkkeitä kustannusten kasvattamiselle ei ole, herää kysymys, miten uudistus rahoitetaan.

Rahoitus on tärkeä aspekti, ja tähän liittyy myös kysymys mahdollisesta maakuntaverosta. Mikäli maakuntavero otetaan myöhemmin käyttöön, merkitsee tämä paradigmaattisen suurta kuntaveron alentamista, jonka vaikutuksia kuntien taloudelle ei ole riittävästi selvitetty. Mikäli maakuntaveroa ei tule, on syytä kysyä, ovatko hyvinvointialueet itsehallinnollisia yksiköitä vaiko ennemminkin ministeriöiden johdolla toimivia välihallinnon yksiköitä.

Emäsalossa 12. päivänä helmikuuta 2020

Petri Kuoppamäki
Professori, OTT