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 / kokoava lausunto

Perustuslakivaliokunta on pyytänyt minulta asiantuntijalausuntoa hallituksen sote-uudistusta koskevasta esityksestä 241/2020 vp (kokoava lausunto erityisesti perustuslain 19 § 3 mom mukaisesta palvelujen riittävyydestä). Hallituksen esityksen lisäksi minulle on toimitettu taustamateriaalina prof. Pirkko Vartiaisen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), prof. Anneli Pohjolan sekä vararehtori Juha Teperin lausunnot. Olen näiden lisäksi tutustunut valtiovarainvaliokunnan sekä talousvaliokunnan ao. hallituksen esityksestä antamiin lausuntoihin.

Perustuslakivaliokunta on aikaisemmissa sote-uudistusta koskevissa lausunnoissaan pitänyt uudistusta tarpeellisena ja kiirehtinyt sitä riittävien ja yhdenvertaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvaamiseksi. Uudistuksen keskeiseksi perusteeksi on myös hallituksen esityksessä todettu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä nykyisin vastaavien kuntien riittämättömät resurssit. Tämä on johtanut tilanteeseen, jossa palvelujen saatavuus ei kaikkialla Suomessa toteudu perustuslain 19 §:n edellyttämällä tavalla. Ratkaisuna ongelmaan hallituksen esityksessä esitetään kuntia suurempien hyvinvointialueiden perustamista sekä sote-palveluiden rahoittamista valtion toimesta. Haasteena uudistuksen toteuttamisessa on varmistaa riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, jos rahoituksen lähtökohtana on nykyinen rahoitustaso sekä kohdentaa rahoitus niin, että se varmistaa yhdenvertaiset palvelut huomioiden eri hyvinvointialueiden tarpeet.

<u>Taustamateriaalina olevien lausuntojen keskeiset havainnot</u>

Prof. Pirkko Vartiainen muistuttaa, että yksimielisyys siitä, että sote-palvelujen järjestämisessä tarvitaan isompia kokonaisuuksia, kuin nykyiset kunnat, on lähes jakamaton. Hallituksen esi-

tyksen mukaan perustettaviin hyvinvointialueisiin tulisi kohdistumaan laajaa resurssi- ja toimenpideohjausta, jotka ovat nk. pakottavan ohjauksen muotoja. Pakottavalla ohjauksella on prof. Vartiaisen mukaan taipumus heikentää kohteensa toimintakenttää ja tässä tapauksessa erityisesti itsehallinnollista asemaa. Liialliset pakottavan ohjauksen keinot vaikuttavat usein päinvastoin kuin on tarkoitettu. Niiden avulla saadaan yksittäiset asiat ja ongelmat muutettua, mutta samalla ne saattavat estää toiminnan innovatiivista kehittämistä ja uutta luovaan kehittämiseen liittyvää riskinottoa.

Prof. Vartiainen tuo esiin hallituksen esityksessä taka-alalle jääneen kysymyksen siitä, miten maakuntatasoinen toiminta ja kuntien välinen yhteistyö saadaan toimivaksi, kun tehtävät ja rahoitus siirtyy hyvinvointialueille. Prof. Vartiainen arvioi, että rahoitus jää pääsääntöisesti kaikilla alueilla niukaksi, koska palvelutarpeen väistämätön kasvu huomioidaan vain osittain. Palvelutarpeen kasvun huomiotta jättäminen tulee vaikuttamaan palvelujen saatavuuteen ja yhdenvertaisuuteen. *Prof. Vartiainen kiinnittää huomiota siihen, että sosiaalihuolto alana jää rahoitusmallin kriteeristössä taka-alalle.* Hyvinvointialueiden hallinnollinen rakentuminen (organisaatio, toimintojen ja palveluiden uudelleen järjestely, päätöksentekoelinten kokoaminen, tietojärjestelmät jne.) tulee lisäämään kustannuksia erityisesti ensimmäisten vuosien aikana.

THL pitää ehdotettua hyvinvointialueita koskevaa sääntelyä pääosin perusteltuna. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjien määrän olennainen väheneminen nykyisestä ja palvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuun siirtäminen kuntaa merkittävästi suuremmille hyvinvointialueille luo edellytyksiä parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta, vaikuttavuutta ja yhdenvertaisuutta. Alueiden suuren lukumäärän ja keskinäisen heterogeenisyyden vuoksi syntyy tarve vahvalle kansalliselle ohjaukselle ja vahvoille alueellisille yhteistyömekanismeille, kuten yhteistyöalueille ja palvelujen keskittämiselle.

THL kiinnittää huomiota siihen, että ehdotettujen yhteistyöalueiden päätöksenteon rakenteista ei esitetyn sääntelyn perusteella muodostu riittävän tehokkaita niille annetuista tehtävistä vastaamiseen. Yhteistyöalueiden toiminta perustuu pitkälti niiden jäsenenä olevien hyvinvointialueiden välisiin sopimuksiin. Näin yhteistyöalueiden tosiasiallinen mahdollisuus vaikuttaa alueelliseen palvelurakenteeseen ja palveluihin palautuu hyvinvointialueiden kykyyn sopia asioista keskenään.

THL pitää tärkeänä sitä, että esityksen perusteella muodostuva palvelurakenne luo edellytyksiä horisontaalisen ja vertikaalisen integraation toteutumiselle, kun pääsääntöisesti sama toimija

vastaa perus- ja erityistason sosiaali- ja terveyspalveluista. THL kiinnittää huomiota siihen, että esitykseen sisältyvä Uudenmaan erillisratkaisu muodostaa poikkeuksen integraatiota edistävästä lähtökohdasta. Uudellamaalla erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun jakautuminen hyvinvointialueiden/Helsingin ja HUS-yhtymän välille ja siten sen ainakin osittainen erkaantuminen sosiaalihuollosta ja perustason terveydenhuollosta, estää hallinnollisen, rahoituksen ja palveluintegraation toteutumisen. Erillisratkaisun vuoksi noin 30 prosenttia maan väestöstä jää integroidun rakenteen ulkopuolelle. *THL katsoo, että Uudenmaan erillisratkaisulle on vaikea löytää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeseen kiinnittyviä perusteita.*

THL ei pidä esitykseen sisältyviä hyvinvointialueiden rahoitusperusteita täysin ongelmattomina. THL:n näkemys on, että ennustettu palvelutarpeen kasvu tulisi huomioida hyvinvointialueiden rahoituksessa lähes täysimääräisesti eikä vain 80 prosenttisesti, sillä ennustettua palveluntarpeen kasvua huomattavasti vähäisempi rahoituksen lisäys ei pitkällä aikavälillä riitä turvaamaan riittäviä palveluja.

Prof. Anneli Pohjola toteaa hänkin, että hallituksen esityksessä alueiden ratkaisut poikkeavat toisistaan. Uudenmaan hyvinvointialueilla perus- ja erikoispalvelut erotetaan palvelurakenteessa hallinnollisesti toisistaan, kun HUS vastaa alueiden yhteisestä erikoissairaanhoidosta. Rakenne tuottaa näillä alueilla terveydenhuollon vertikaaliseen integraatioon perus- ja erikoistason välisen organisaatiorajan. Epäselväksi jää myös se, miten sosiaalihuollon palvelut, verrattuna muihin alueisiin, nivoutuvat osaksi kokonaisuutta, ja miten sen vasta kehittymässä oleva erikoistaso tulee rakentumaan, kun tehtäväalue ei ole HUSin toimialaa. Uudenmaan ratkaisun poikkeaminen valtakunnallisesta linjasta nostaa erityisesti kysymykset palvelujen yhdenvertaisesta rakentumisesta, niiden keskinäisestä yhteen sovittamisesta ja asiakkaiden mahdollisuuksista toimiviin palvelukokonaisuuksiin.

Prof. Pohjola tuo esiin, että tavoitteena oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhteinen ja niitä yhteen sovittava uudistus on kansainvälisesti varsin uniikki ratkaisu. Haasteena on sosiaalisen toiminta-alueen tunnustaminen ja kehittäminen tasavertaisena terveyden rinnalla. *Kysymys on myös sosiaalihuollon palveluita tarvitsevien asiakkaiden yhdenvertaisesta asemasta ja oikeuksista palvelukokonaisuudessa.*

Vararehtori Juha Teperin käsityksen mukaan nyt käsiteltävänä oleva hallituksen esitys on onnistunut välttämään keskeisiä uudistukseen liittyviä riskejä aiempiin soteuudistusesityksiin verrattuna. Huomion keskittäminen hallinnolliseen ”leveämpien hartioiden” luomiseen on johtanut aiemmin nähtyjä realistisempaan suunnitelmaan.

Palveluintegraation tukematta jättäminen organisatorisin ratkaisuin luo kuitenkin Uudenmaan sotepalveluille muun maan kehitystä heikommat lähtökohdat. Usean johdon alle kytketty kokonaisuus luo vahvoja jännitteitä. Tähän mennessä jännite sairaanhoitopiirin ja kunnan tuottamien palvelujen kehittämisen välillä on näkynyt työnjaon ontumisena ja nyt on vaarana, että hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän välille syntyy uutta kilpavarustelua.

Kustannusten hallinnan kannalta olisi vararehtori Teperin mukaan tärkeää, että muutaman vuoden sisällä siirrytään jaettuun kustannusvastuuseen. Valtion rahoitusosuutta tarvitaan vääjäämättä jatkossakin, koska maakuntien väliset taloudellisen kantokyvyn erot ovat suuria ja niitä täytyy jatkossakin tasata. Hyvinvointialueille tulee kuitenkin kohdentaa oma, mittaluokaltaan merkittävä rahoitusvelvollisuus. Aluekohtaista verotusta tarvittaisiin hänen mukaansa ensisijaisesti juuri kustannusten hallinnan varmistamiseksi: ollessaan vastuussa äänestäjilleen palvelujen lisäksi veroasteesta alueen päättäjien ensisijainen huomio kiinnittyy palvelujen tason ja niiden aiheuttaman kustannustason oikean eli asukkaiden haluaman tasapainon löytämiseen.

Vaatimus rahoituksen riittävyydestä perustuslakivaliokunnan aikaisemman käytännön valossa

Perustuslain 19 § turvaa jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Perusoikeusuudistuksen esitöissä (HE 309/1993 vp) palvelujen riittävyyden kriteeriksi on asetettu se, että *ne mahdollistavat jokaiselle toimimisen yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä*. Sosiaalioikeuden kannalta keskeistä tarveperiaatetta on perusoikeusuudistuksen jälkeen arvioitu lukuisissa eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuissa, joissa perustuslain 19 §:ään perustuvan tarveperiaatteen on katsottu edellyttävän, että julkinen valta varmistaa sellaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka ovat riittäviä sekä väestön että yksittäisen potilaan/asiakkaan tarpeisiin. Sosiaalisten perusoikeuksien kirjaamisella perustuslakiin haluttiin erityisesti varmistaa niiden toteutuminen myös taloudellisesti vaikeina aikoina.

Eduskunnan oikeusasiamies on useissa ratkaisussaan arvioinut sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusta suhteessa palvelutarpeeseen. Esim. ratkaisussaan EOA 488/4/00 oikeusasiamies totesi, että talousarviosta päättävät luottamusmiehet ja asiaa valmistelevat virkamiehet rikkovat perustuslain 19 ja 22 §:ssä julkiselle vallalle säädetyt velvoitteet turvata riittävät lakisääteiset terveyspalvelut, jos kunta talousarviosta päättäessään mitoittaa määrärahansa tietoisesti tiedossa olevaa tarvetta vähäisemmäksi.

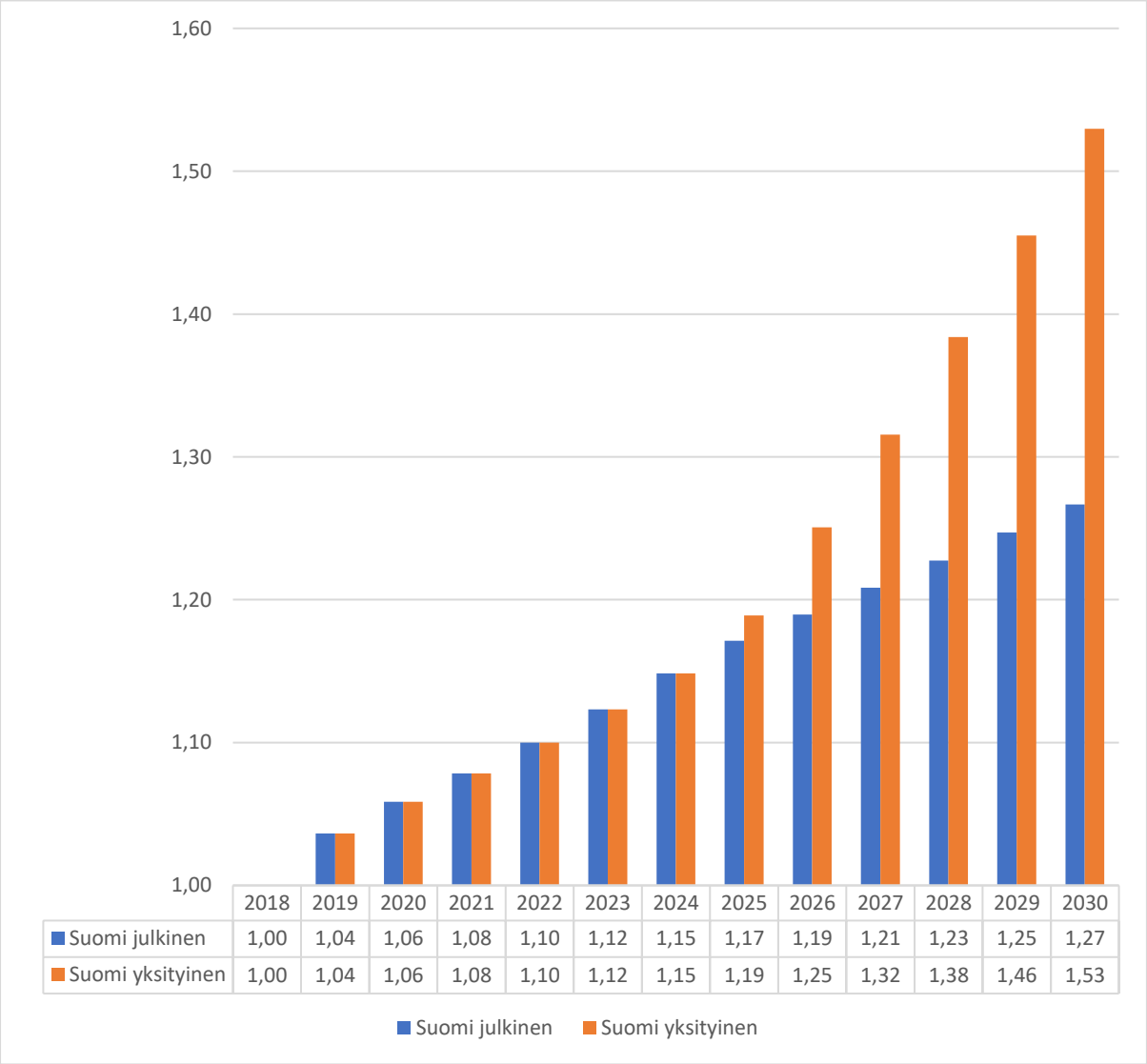
Perustuslakivaliokunta tarkasteli lausunnossa PeVL 26/2017 vp osalta maakunnille esitetyn rahoituksen riittävyyttä sote-palvelujen järjestämiseen. Valiokunta totesi, että asiasta ei ole kuntien rahoitusperiaatteen kaltaista perustuslakivaliokunnan käytäntöä. Perustuslain 22 §:n mukaiseen perusoikeuksien toteuttamisvelvollisuuteen kuuluu kuitenkin valtion vastuu huolehtia siitä, että maakunnilla on käytännön edellytykset suoriutua tehtävistään. *Valiokunta piti myös maakuntien rahoituksen lähtökohtana sitä, että tehtävistä säädettäessä on huolehdittava rahoitusperiaatteen mukaisesti maakuntien tosiasiallisista edellytyksistä suoriutua velvoitteistaan*. Valiokunta viittasi aiemmin esittämäänsä näkemykseen, jonka mukaan *budjettirajoitteella ei voida rajoittaa lakisääteisten palvelujen saatavuutta*. Sosiaali- ja terveyspalveluissa rahoitusperiaatteen merkitystä korostaa perustuslain 19 §:n 3 momentin ja 22 §:n mukainen turvaamisvelvollisuus. Ratkaisevassa asemassa maakuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisessa on nimenomaan valtion rahoituksen riittävyys ja sen oikea kohdentaminen (ks. PeVL 15/2018 vp, s. 20-21). Valiokunta piti selvänä sitä, että valtion tulee viime kädessä turvata oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin tilanteessa, jossa maakunnalla ei ole siihen taloudellisia mahdollisuuksia. Sääntely muodostui perustuslain kannalta ongelmalliseksi siltä osin kuin poikkeustilanteita koskevat menettelysäännökset eivät velvoittaneet valtiota toteuttamaan tätä vastuuta riittävällä tavalla. Poikkeustilanteita koskevan sääntelyn tulee valiokunnan mukaan (PeVL 15/2018 vp, s. 23—25) luoda vähimmäisedellytykset sille, että maakunnat kykenevät toteuttamaan perusoikeudet perustuslain vaatimalla tavalla.

Rahoituksen nykytaso ja palvelutarve

OECD vuosien 2017-2019 aineiston mukaan Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannus asukasta kohti on 4578 eur, joka on alhaisempi kuin kaikissa muissa Pohjoismaissa. Ennenaikaisesti menetettyjen elinvuosien (Potential years of life lost) osalta Suomi on huonoin Pohjoismaista. Eliniänodotteessa Suomi on Pohjoismaista toiseksi viimeinen, Tanskan edellä.

Terveydenhuollon kustannusten osuus Suomen bruttokansantuotteesta (BKT) oli OECD:n mukaan v. 2015 oli noin 9,7 %, Ruotsissa vastaava luku on 11,0 %. OECD:n ennusteen mukaan Suomen terveydenhuollon osuus BKT:sta vuonna 2030 on 11,6 % ja Ruotsissa 13 %. Bruttokansantuotteen ja väestön ennustetun kasvun huomioon ottaen terveydenhuollon kustannus asukasta kohti kasvaa Suomessa ilman palvelutarpeen leikkuria noin 5400 euroon, sote-lakiesityksen mukaisen kustannuskasvun leikkurin huomioiden noin 5300 euroon, mutta vertailumaa Ruotsissa jo 7200 euroon.

Jos oletuksena on OECD:n ennuste terveydenhuollon kustannusten kasvusta, johtaa sote-uudistuksen mukainen ehdotettu rahoitusmalli siihen, että Suomessa yksityisen rahoituksen osuus kaikesta sote-rahoituksesta tulee lisääntymään (Kuva 1).



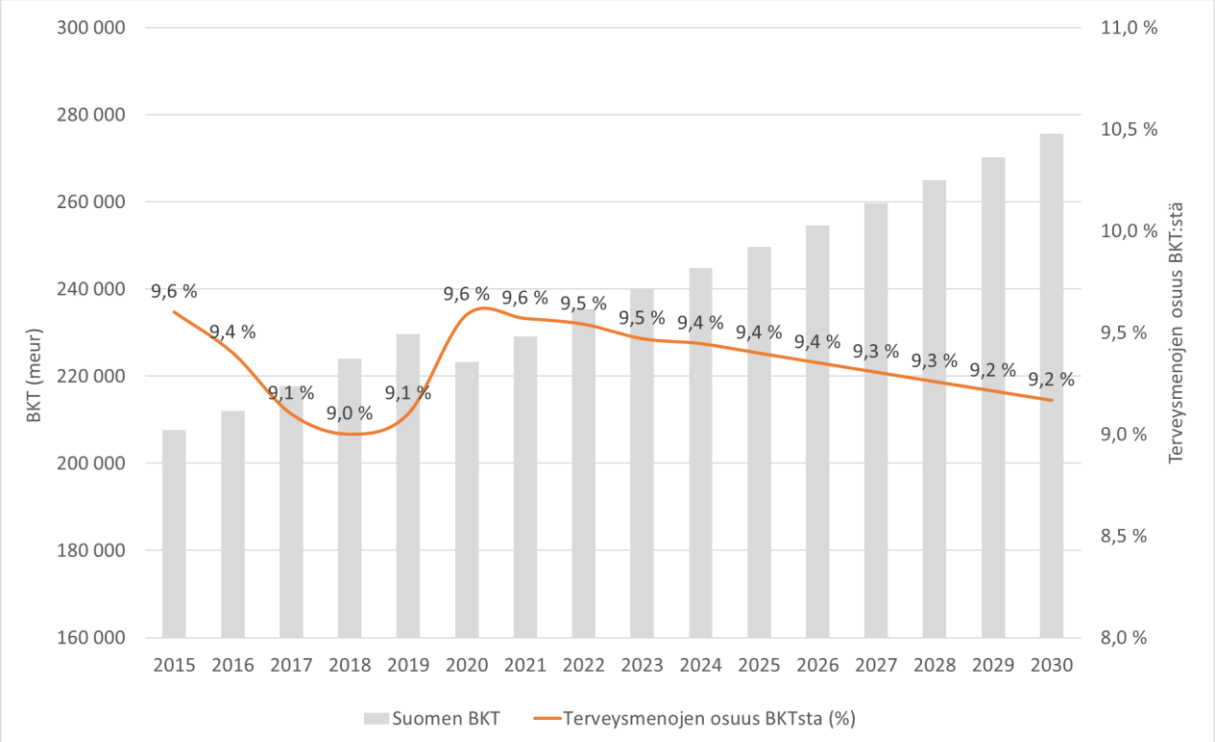
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Suomi julkinen	1,00	1,04	1,06	1,08	1,10	1,12	1,15	1,17	1,19	1,21	1,23	1,25	1,27
Suomi yksityinen	1,00	1,04	1,06	1,08	1,10	1,12	1,15	1,19	1,25	1,32	1,38	1,46	1,53

Kuva 1. Suomen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon indeksoitu kasvu

Ei ole oletettavissa, että väestön Suomessa vanhetessa palvelutarve vähenisi. Samalla ero julkisen terveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen käyttäjien välillä syvenee, mikä on vastoin uudistuksen tavoitetta lisätä yhdenvertaisuutta ja vähentää terveyseroja. Suomessa sote-rahoitusmallin mukainen julkisen terveydenhuollon rahoituksen asukasta kohti ennakoidaan vuonna 2030 olevan 3987 euroa, kun vastaava luku Ruotsissa on 6144 euroa. Kun v. 2019 julkisen rahoituksen osuus terveysmenoista on Ruotsissa 43 % Suomea suurempi, olisi julkisen rahoituksen osuus soten rahoitusmallin toteutuessa vuonna 2030 Ruotsissa jo 54 %

Suomea suurempi. Palvelutarve (arvioituna mm. ennenaikaisesti menetettyjen elinvuosien määrän perusteella) on kuitenkin Suomessa Ruotsia suurempi.

Kokonaisuutena sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen tason osalta voidaan todeta, että ehdotettu malli merkitsee luopumista viime vuosikymmenten yrityksestä tavoittaa muiden Pohjoismaiden taso. BKT:n oletetaan kehittyvän Suomen Pankin maaliskuun 2021 talousennusteen mukaisesti eli -2,8 % vuonna 2020, 2,6 % vuonna 2021, 2,7 % vuonna 2022 ja 2,0 % siitä eteenpäin vuoteen 2030. Sotekustannusten oletetaan kasvavan kasvu-uran mukaisesti 2,4 % vuodessa vuoteen 2022 asti. Siitä eteenpäin sote-lakiehdotuksen mukaisella palvelutarpeen kasvuvauhdilla vuoteen 2026 asti ja vuoden 2026 kasvulla vuosina 2027 – 2030. Kustannustason vuotuiseksi kasvuksi ennustetaan 0,5 %. Sote-kustannusten osuus BKT:stä laskee näin ollen vuoden 2015 9,6 % tasosta 9,2 % tasoon vuonna 2030 (Kuva 2). Ehdotetun mallin toteutuessa terveysmenojen osuus BKT:sta kääntyy Suomessa laskuun, mitä kehitystä ei voi pitää toivottavana hyvinvointivaltion perusrakenteiden kannalta.



Kuva 2: Arvioitu BKT:n ja terveysmenojen kehitys vuoteen 2030 mennessä

Julkisen rahoituksen suhteellisen osuuden pieneneminen väestön palvelutarpeiden kasvaessa johtaa siihen, että osa väestöstä hankkii palveluja omalla rahalla, sairauskuluvakuutusten kautta

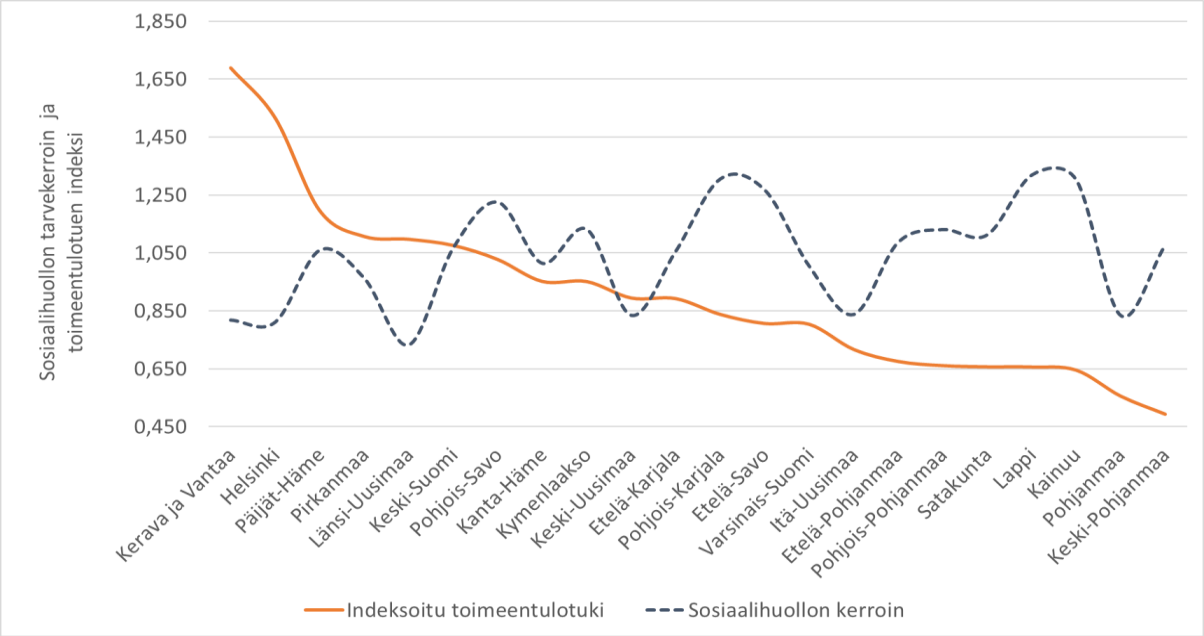
taikka työnantajan kustantamana. Tämä kehitys on omiaan lisäämään väestön terveyseroja ja eriarvoisuutta, eikä vähentämään niitä, mikä kuitenkin on sote-uudistuksen keskeinen tavoite (ks. 015_access_healthservices_en.pdf (europa.eu)).

Rahoituksen kohdentuminen yhdenvertaisten palvelujen turvaamiseksi

Ehdotettu tarvevakiointi ei huomioi kaikkia oleellisia tautiryhmiä. Mallista puuttuvat mm. ylipaino, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, suun sairaudet, tehohoitoa vaativat taudit, jatkuvaa erikoissairaanhoitoa vaativat sairaudet sekä vastasyntyneen sairaudet. Esimerkiksi HUS-kuntayhtymän oman palvelutuotannon vuoden 2019 kustannuksista THL:n valitsemat diagnoosit kattavat vain 54 %. HUS:n kustannuksista 870 milj. euroa jää ehdotetun tarvevakioinnin diagnoosivalinnan ulkopuolella. Toisin sanoen, malliin valikoidut sairausryhmät eivät riittävästi kuvaan niitä potilaita, joista terveydenhuollon kustannukset todellisuudessa aiheutuvat. Voidaankin kysyä miten ja millä painoarvolla mallin ulkopuolelle jääneiden potilaiden kustannukset huomioidaan sairaanhoidon rahoituksessa.

Tarvevakioinnin tarvetekijöissä ei juurikaan huomioida sosiaalihuollon palvelutarvetta. Sosiaalihuollon tarvetekijöiksi valituista 13 tautiluokasta ainoastaan kaksi (älyllinen kehitysvammaisuus ja CP-oireyhtymä) eivät esiinny terveydenhuollon tarvetekijöinä. Sosiaalihuollon palvelutarvetta kuvaavien tarvetekijöiden arviointia vaikeuttaa myös sosiaalihuollon valtakunnallisen tietopohjan puute.

Sosiaalipuolen rahoituksen jakautuminen tehdäänkin käytännössä terveydenhuollon kriteerien pohjalta. Lisäksi sosiaalihuollon tiedon keruu ja ICT-järjestelmät ovat kesken ja niitä vasta valmistellaan. THL tämän hetken arvion mukaan, hankkeen pilotit käynnistyvät vuonna 2022. Tarvevakiointia koskevat ongelmat on avoimesti kerrottu THL:n tarvevakointia koskevassa julkaisussa 6/2020 (Sote-rahoituksen tarvevakiointi (julkari.fi)). Ao. julkaisussa todetaan mm, että vammaisilla ja vanhuksilla toimintakyky kuvaa diagnoositietoja paremmin palvelujen tarvetta. Julkaisun mukaan saattaisi olla tarkoituksenmukaista kehittää omat tarvekertoimet useammille palveluryhmille, koska tarvetekijät vaihtelevat palveluittain. Esimerkiksi sosiaalipalveluissa voisi olla hyödyllistä tehdä oma malli lastensuojelulle. Muiden maiden esimerkkiä noudattaen myös mielenterveyspalveluja voidaan tarkastella erillisellä mallilla. Palvelujen kustannustietojen osalta THL:n mallissa on jouduttu käyttämään useita laskennallisia menetelmiä kattavan kustannustiedon puuttuessa erityisesti sosiaalihuollon osalta.



Kuva 3: KELAn maksama perustoimentulotuki, sosiaalihuollon nettokustannukset ja sosiaalihuollon palvelutarvekerroin hyvinvointialueittain

Sosiaalihuollon tarvevakioinnin heikkous tulee ilmeiseksi, kun verrataan ei alueitten väestön toimeentulotuen tarvetta ja sosiaalihuollon palvelutarvekerrointa toisiinsa. Kuva 3 esittää vertailun vuonna 2019 maksetusta toimeentulotuesta ja sote-uudistuksen mukaisesta sosiaalihuollon palvelutarvekertoimesta hyvinvointialueittain. Toimeentulotukeen on laskettu sekä KELA:n maksama perustoimeentulotuki että kuntien maksama harkinnanvarainen toimeentulotuki. Toimeentulotuen määrä on indeksoitu siten, että hyvinvointialueella maksettua asukaskohtaista toimeentulotuen määrää verrataan Manner-Suomen keskiarvoon. Kun oletetaan, että alueella maksettu toimeentulotuen määrä ennustaa sosiaalihuollon palvelutarvetta, on vertailun johtopäätös se, että tarvevakiointimallin mukainen sosiaalihuollon palvelutarvekerroin pienin niillä alueilla, joilla toimeentulotuen tarve on suurin (esim. Vantaa-Keravan hyvinvointialue). Yleensä kuitenkin sosiaalihuollon ja toimeentulotuen tarve kohdentuu samaan väestönosaan (esim. mielenterveyspotilaat, päihdeongelmaiset, lastensuojelun asiakkaana olevat perheet jne.).

Uudenmaan erillisratkaisu ja Helsingin kaupungin erioikeudet

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.

Hyvinvointialueen asukkaan oikeusturva

Ehdotetun hyvinvointialueiden rahoitusta koskevan lain (rahoituslain) 11 §:n mukaan hyvinvointialueella on oikeus saada 2-4 luvuissa säädetyn lisäksi valtiolta rahoitusta se määrä, joka on tarpeen mainittujen sosiaali- ja terveyspalvelujen ja pelastustoimen palvelujen turvaamiseksi (lisärahoitus) ottaen huomioon hyvinvointialueen edellytykset järjestää muut lakisääteiset tehtävät. Edellytyksenä lisärahoitukselle on, että rahoituksen taso muutoin vaarantaisi riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen tai perusoikeuksiin liittyvien pelastustoimen palvelujen järjestämisen. Rahoituslain 26 §:n mukaan lisärahoitusta voidaan myöntää hyvinvointialueen

hakemukseen perustuen tai valtiovarainministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön tai sisäministeriön aloitteesta. Valtiovarainministeriö asettaa lisärahoitusta koskevan päätöksen valmistelua varten valmisteluryhmän, johon valtiovarainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö ja sisäministeriö sekä asianomainen hyvinvointialue nimeävät edustajansa. Valmisteluryhmän tehtävänä on arvioida lisärahoituksen edellytyksiä, tarvittavan lisärahoituksen määrää sekä hyvinvointialueelle asetettavia ehtoja. Arviointi perustuu hyvinvointialueen taloutta ja toimintaa koskevan tiedon perusteella tehtyyn kokonaisarvioon.

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.

Vilpittömän yhteistyön periaate ja notifiointivelvollisuus Euroopan komissiolle

Perustuslakivaliokunta kiinnitti lausunnossaan PeVL 65/2018 vp. huomiota Euroopan unionista tehdyn sopimuksen (SEU) 4 artiklan 3 kohdassa mainittuun vilpittömän yhteistyön periaatteeseen. Valiokunta viittasi siihen, että vilpittömän yhteistyön periaatteesta seuraa, että jos jäsenvaltio katsoo maksavansa valtiontukea tai sillä on vahvoja epäilyksiä siitä, että kyseessä on valtiontuki, asia tulee notifioida komissiolle. Notifiointivelvollisuus kattaa siis myös tulkinnanvaraiset tilanteet (PeVL 15/2018 vp, s. 49). Vilpittömän yhteistyön periaatteella on siten merkitystä arvioitaessa perustuslakivaliokunnan valtiosääntöisenä kysymyksenä pitämää EU-oikeudellista epävarmuutta notifiointivelvollisuuden olemassaolosta.

Valtionvarainvaliokunta on hallituksen esitystä koskevassa mietinnössään VaVL 1/2021 vp arvioinut toimeenpanolain 34 §:n valtiontakaukseen liittyviä valtiontukikysymyksiä. Valiokunta toteaa, että asiasta on valmisteluvaiheessa neuvoteltu komission kanssa. Komissio on kyseisen mietinnön mukaan valtiolta saamansa kuvauksen perusteella todennut, että Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä ei ole taloudellista toimintaa, eikä se siksi kuulu valtiontukisääntöjen piiriin. Tiedossa ei ole minkä tiedon pohjalta komissio on kannanoton tehnyt eikä myöskään se, mikä taho, yksikkö tai kilpailukomissaari on asiassa lausunut.

Sote-uudistuksessa sairaanhoitopiirien ja kuntien sote-sektoriin liittyvät omistukset siirtyvät perustettaville hyvinvointialueille suoraan lain nojalla. Sairaanhoitopiirit siirretään hyvinvointialueille varoineen ja velkoineen ja tässä yhteydessä hyvinvointialueille siirtyvät myös sairaanhoitopiirien omistukset markkinaehtoisesti toimivissa osakeyhtiöissä (voimaanpanolain 20.1 §). Myös kuntien omistukset markkinaehtoisissa yhtiöissä siirtyvät hyvinvointialueelle, jos osakeyhtiön tosiasiallinen päätoimiala on sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaminen (voimaanpanolain 23.2 §). Julkiselta omistajalta toiselle julkiselle omistajalle tehtäviin omistussiirtoihin voidaan soveltaa valtiontukisääntöjä. Mikäli omaisuuden siirtoon sisältyy valtion tukea, on jäsenvaltion viranomaisten ennen tuen toteuttamista ilmoitettava siitä Euroopan komissiolle SEUT 108 artiklan 3 kohdan mukaisesti. (Asia C-150/16).

Alle käyvän arvon tehtävää omaisuuden siirtoa markkinaehtoiselle toimijalle ei kuitenkaan kaikissa tilanteissa ole katsottu kielletyksi valtion tueksi. Alihintainen omaisuuserän siirto on hyväksytty esimerkiksi Destia-tapauksessa sillä perusteella, että siirtoa voitiin kyseisen tapauksen taloudellisessa ja juridisessa kontekstissa pitää tarpeellisena ja oikeasuhtaisena. Komissio katsoi, että tieliikelaitokselle oli sen perustamisvaiheessa annettava käyttöön joko sen tehtävien suorittamisen edellyttämä omaisuus tai kyseisen omaisuuden ostamiseksi tarvittava pääoma. Asiassa oli merkitystä myös sillä, että omaisuusjärjestelyiden tavoitteena oli tienpitopalvelujen avaaminen kilpailulle ja omaisuuden siirto tapahtui tasearvoin. Vastaavia perusteluita ei soteuudistuksen osalta pystytä esittämään, sillä uudistus ei edistä kilpailua eikä jo perustettujen markkinaehtoisesti toimivien yhtiöiden siirtoon liity Destia-tapauksen kaltaista välttämättömyyttä. Olennaisinta on kuitenkin se, että siirron kohteena olisi nyt yhtiöiden osakekannat.

Valtion takauksen myöntäminen taikka laajentaminen sellaisten lainojen tai sitoumusten kattamiseen, jotka liittyvät markkinaehtoisesti toimivaan yhtiöön, voi sisältää valtion tukea. Markkinaehtoisesti toimivaan yhtiöön liittyvien takausten tulee olla markkinaehtoisia. Komission takaustiedonannon (2008/C 155/02) mukaisesti takauksen enimmäismäärä saa olla enintään 80 %, takauksesta on perittävä takausprovisio eikä takausta saa antaa taloudellisissa vaikeuksissa olevan yrityksen hyväksi. Lisäksi takauksen tulisi liittyä tiettyyn rahoitustoimeen, sillä tulee olla kiinteä enimmäismäärä ja sen voimassaoloajan tulee olla rajoitettu. Kun takaukset annetaan takausohjelman muodossa (eli on kyse muusta kuin yksittäisestä takauksesta), järjestelmän ehtojen tulee perustua realistiseen riskiarviointiin, järjestelmän itserahoitusominaisuus on arvioitava uudelleen vähintään kerran vuodessa ja perittävän takausmaksun on katettava järjestelmän hallintokulut ja riittävästä pääomasta vuosittain maksettava korvaus. Lisäksi avoimuuden takaamiseksi järjestelmän on sisällettävä ehdot, joilla tulevia takauksia myönnetään, kuten luokitukseltaan hyväksyttävät yritykset ja, jos mahdollista, toimiala ja koko, sekä takausten enimmäismäärä ja -kesto. Voimaanpanolain valtiontakauksia koskeva sääntely ei ainakaan kaikin osin täytä komission takaustiedonannossa asetettuja ehtoja. Jos voimaanpanolain mukaisia valtiontakauksia annetaan lainoille tai sitoumuksille, jotka liittyvät markkinaehtoisten yritysten toimintaan, on takaukset notifioitava komissiolle valtiontukena.

Johtopäätökset

Perustuslain 19 § turvaa jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Perusoikeusuudistuksen esitöissä (HE 309/1993 vp) palvelujen riittävyyden kriteeriksi on asetettu se, että ne mahdollistavat jokaiselle toimimisen yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Sosiaalioikeuden kannalta keskeistä tarveperiaatetta on perusoikeusuudistuksen jälkeen arvioitu lukuisissa eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuissa, joissa perustuslain 19 §:ään perustuvan tarveperiaatteen on katsottu edellyttävän, että julkinen valta varmistaa sellaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka ovat riittäviä sekä väestön että yksittäisen potilaan/asiakkaan tarpeisiin.

Perustuslakivaliokunta on aikaisemmissa sote-uudistusta koskevissa lausunnoissaan pitänyt uudistusta tarpeellisena ja kiirehtinyt sitä, koska voimassaolevan lainsäädännön ei ole katsottu turvaavan riittäviä ja yhdenvertaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Hallituksen esityksessä ehdotetun soten rahoitusmallin perustana on nyt kuitenkin olemassa olevan rahoituksen jakaminen uudestaan eikä sen lisääminen väestön perusoikeudet paremmin turvaavalle tasolle. *Kun sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja rahoitus ovat jo uudistuksen lähtötilanteessa riittämätön väestön palvelutarpeeseen nähden, ei hallituksen esityksessä ehdotettu rahoitusmalli turvaa jokaiselle kuuluvia sosiaali- ja terveyspalveluja perustuslain 19 §:n edellyttämällä tavalla* ottaen huomioon sen, että hallituksen esitykseen ei sisälly toimivia mekanismeja palvelujärjestelmän tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen. Näin erityisesti, koska tarkoituksena on rahoittaa palvelutarpeen kasvu vain osittain eli 80 %:lla vuodesta 2025 alkaen. Hallituksen esityksessä ehdotetut mekanismit (arviointimenettely yms.) pyrkivät ennemminkin varmistamaan sen, etteivät hyvinvointialueet ylitä niille ehdotettua rahoitusta, kuin että hyvinvointialueet varmistaisivat jokaiselle kuuluvat riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. *Pidän perustuslain 19 §:n tulkinnan kannalta hyvin ongelmallisena arvioitavana olevaan hallituksen esitykseen sisältyvää ajatusta, jossa hyväksytään se, ettei julkisen vallan tarvitse huolehtia jokaiselle kuuluvien sosiaali- ja terveyspalvelujen täysimääräisestä rahoituksesta*. Tämä antaa tuleville hallituksille mahdollisuuden taloudellisesti vaikeina aikoina kohdistaa säätöjä ja leikkauksia sote-palveluihin, vaikka perustuslain 19 §:n tarkoituksena on juuri ollut varmistaa, ettei näin käy myöskään taloudellisesti vaikeina aikoina.

Valtion rahoituksen koko maan taso kullekin budjettivuodelle perustuisi hallituksen esityksen mukaan hyvinvointialueiden edellisen vuoden *laskennallisiin* kustannuksiin. Lisäksi hyvinvointialueille kohdennettavan valtion rahoituksen taso ehdotetaan tarkistettavaksi koko maan

tasolla vuosittain jälkikäteen vastaamaan toteutuneita kustannuksia. Hallituksen esityksen mukaan tämä varmistaa, ettei laskennallinen rahoitus ei pääsisi erkaantumaan toteutuneista sotekustannuksista. Hallituksen esityksen mukaan jälkikäteinen tarkistus viime kädessä varmistaa rahoituksen vastaavuuden toteutuneiden kustannusten kanssa. *Tämä ei kuitenkaan takaa sitä, että hyvinvointialueen toteutuneet kustannukset vastaisivat tarveperiaatteen mukaisesti alueen väestön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeeseen*, koska alueen väestöltä tosiasiassa puuttuvat mahdollisuudet oikeusturvan kautta vaikuttaa valtion hyvinvointialueelle myöntämän rahoituksen määrään: Rahoituslain 11 §:n mukaan hyvinvointialueella on oikeus saada 2-4 luvuissa säädetyn lisäksi valtiolta rahoitusta se määrä, joka on tarpeen mainittujen sosiaali- ja terveyspalvelujen ja pelastustoimen palvelujen turvaamiseksi (lisärahoitus) ottaen huomioon hyvinvointialueen edellytykset järjestää muut lakisääteiset tehtävät. Edellytyksenä lisärahoitukselle on, että rahoituksen taso muutoin vaarantaisi riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen tai perusoikeuksiin liittyvien pelastustoimen palvelujen järjestämisen. Valtiovarainministeriö asettaa lisärahoitusta koskevan päätöksen valmistelua varten valmisteluryhmän, johon valtiovarainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö ja sisäministeriö sekä asianomainen hyvinvointialue nimeävät edustajansa. *Ehdotettu menettely herättää kysymyksiä hyvinvointialueiden asukkaiden oikeusturvasta tilanteessa, jossa aluevaltuuston hyvinvointialueen talousarviosta tai investointisuunnitelmasta ei vastaa asukkaiden näkemystä riittävistä sosiaali- ja terveyspalveluista*. Laaja valtionohjaus siirtääkin paljon tosiasiallista päätösvaltaa valitusoikeuden ulkopuolelle, mikä on ongelmallista, kun rahoitusmallissa kuitenkin ehdotetaan hyvinvointialueiden rahoituksen jäävän ennakoitua palvelutarvetta pienemmäksi.

Perustuslain 6 § turvaa yhdenvertaisuuden. Johtuen hallituksen esitykseen sisältyvän tarvevakioinnin keskeneräisyydestä, ehdotettu rahoitusmalli luo myös merkittäviä yhdenvertaisuusongelmia. Ehdotettu tarvevakiointi huomioi vain jotkut sairausryhmät ja jättää esim. ns. harvinaissairaudet kokonaan huomiotta, vaikka ne ovat usein hyvin kallishoitoisia. Sosiaalihuollon tarvevakiointi on esityksessä hyvin puutteellinen ja alisteinen, mikä käy hyvin ilmi mm. prof. Pirkko Vartiaisen ja prof Anneli Pohjolan taustamateriaalina olevista lausunnoista. Kun otetaan huomioon, että Suomi on toistuvasti saanut Euroopan sosiaalisten oikeuksien peruskirjan valvontaelimeltä huomautuksia mm. toimeentulotuen riittämättömästä tasosta (ks. https://rm.coe.int/fi-en/1680a164b6) ja *ehdotettu rahoitusmalli jättää sosiaalipalvelujen rahoituksen lisäystarpeen osalta huomioimatta erityisesti ne alueet (esim. Vantaan ja Keravan*

hyvinvointialue), jossa toimeentulotuen tarve on suurin, olisi syntyvä tilanne hallituksen esityksessä ehdotetun rahoitusmallin toteutuessa hyvin ongelmallinen noiden alueiden jo nyt heikossa asemassa olevien ihmisten osalta.

Eriarvoisuutta alueiden (ja erityisesti pääkaupunkiseudun eri osien) välillä lisää Helsingin kaupungin erityisasema. *Helsinki voi rahoittaa sosiaali- ja terveyspalveluja omilla verotuloilla ilman että tätä huomioidaan valtionrahoituksessa, mikä on ongelmallista väestön yhdenvertaisuuden kannalta.* Todennäköisesti tällä erioikeudella olisi merkitystä myös sen suhteen, mille alueille sosiaalisista ongelmista kärsivä väestö sijoittuu, mikä olisi omiaan lisäämään eriarvoisuutta Uudenmaan eri alueiden välillä.

Hallituksen esitykseen ei sisälly yhtä suuria kysymyksiä notifikaatiovelvoitteesta Euroopan komissiolle, kuin Juha Sipilän hallituksen sote-uudistuksen valinnanvapausmallissa oli. Arvioitavana oleva hallituksen esitys sellaisena kuin se on annettu eduskunnalle ei lähtökohtaisesti kohdistaisi valtiontukea yhtiömuotoisille toimijoille. Valtionvarainvaliokunta on hallituksen esitystä koskevassa mietinnössään VaVL 1/2021 vp arvioinut toimeenpanolain 34 §:n valtiontakaukseen liittyviä valtiontukikysymyksiä. Ko. lausunnon mukaan hallitus olisi kuitenkin täydentämässä nyt arvioitavana olevaa esitystä niin, että yhtiömuotoiset toimijat voisivat tuottaa tukipalveluja hyvinvointialueille, joiden toiminta taas perustuisi valtionrahoitukseen. Tällöin myös ao. tukipalveluyhtiöiden toiminta (myös silloin kun yhtiöt toimisivat markkinoilla) perustuisi merkittäviltä osin valtiolta saatuun rahoitukseen. Tästä muutoksesta ei käytettävissä olevien tietojen mukaan ole keskusteltu Euroopan komission kanssa. Myöskään voimaanpanolain valtiontakauksia koskeva sääntely ei kaikilta osin täytä komission takaustiedonannossa asetettuja ehtoja. Jos voimaanpanolain mukaisia valtiontakauksia annetaan lainoille tai sitoumuksille, jotka liittyvät markkinaehtoisten yritysten toimintaan, on takaukset notifioitava komissiolle valtiontukena.

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto