

## EDUSKUNNAN PERUSTUSLAKIVALIOKUNNALLE

**Asia: Lausunto hallituksen esityksistä 15/2017 vp, 57/2017 vp, 71/2017 vp, 15/2018 vp, 16/2018 vp sekä 52/2017 vp.**

Perustuslakivaliokunta on pyytänyt minulta asiantuntijalausuntoa hallituksen sote- ja maakuntauudistusta koskevista lakiesityksistä ja niihin sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnassa esitetyistä muutoksista. Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintöluonnosten lisäksi allekirjoittaneella on ollut käytössään perustuslakivaliokunnan kuulemistilaisuuteen 4.12.2018 annetut sote-asiantuntijoiden lausunnot.

### Sote-uudistuksen taustaa

Eduskunnan perustuslakivaliokunta on aiemmissa lausunnoissaan pitänyt sote-uudistusta tarpeellisenä, jotta väestölle voitaisiin turvata sekä yhdenvertaiset että riittävät sosiaali ja terveydenhuollon palvelut. Hallituksen esityksissä lähtökohtana on, että monet kunnat ovat nyt niin pieniä ja köyhiä, etteivät ne pysty vastaamaan väestönsä tarvitsemista sote-palveluista. Toisaalta valtiovalta on edesauttanut tältä osin tilanteen heikentymistä pienentämällä kuntien valtionosuuksia. Hallituksen esityksissä ratkaisuksi nykyisiin sote-ongelmiin ratkaisuksi on esitetty sote-palvelujen järjestämisen antamista perustettaville maakunnille. Näin siitä huolimatta, että perustettavaksi ehdotetut maakunnat ovat väestöpohjaltaan hyvin eri suuruisia ja voimavaroiltaan kovin erilaisia. Valtion on tarkoitus rahoittaa pääosin maakuntien toiminta, mutta toisaalta sote-uudistukseen on kytketty tavoite sote-kustannusten kasvun hillitsemiseksi niin, että 10 vuoden ajanjaksolla sote-menoista säästyisi n. 3 mrd euroa (10 %) tällä hetkellä ennakoituun tarpeeseen nähden. Useimpien sote-asiantuntijoiden mukaan on kyseenalaista, voidaanko tällaisella rahoitusmekanismilla turvata väestölle perustuslain 19 §:n edellyttämät riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

Toisaalta myös sote-uudistuksen lähtötilanne on melko oleellisesti muuttunut parin viime vuoden aikana. Sote-uudistuksen valmistelun aikana monilla alueilla on siirrytty tuottamaan sote-palveluita kuntayhtymissä. Tällä hetkellä Suomessa on jo 10 sairaanhoitopiirin alueen kokoista kuntayhtymää, jotka tuottavat sekä perustason että erikoissairaanhoidon palvelut saman järjestäjätahon toimesta (ks. liite 1, Pihlava M ym. Sote-kartta muuttuu ilman lakiakin, Suomen Lääkärilehti 2018:23,1464-1469). Tulokset näistä vapaaehtoisista hyvinvointikuntayhtymistä ovat olleet hyviä, sillä ne ovat onnistuneet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integroinnissa erinomaisesti, mikä on avain myös kustannushallintaan. Kritiikkiä hyvinvointikuntayhtymiä kohtaan voidaan tosin esittää kansanvallan toteutumisen osalta, sillä kuntayhtymien valtuustot/yhtymäkokoukset valitaan kuntavaaleissa valittujen valtuustojen toimesta ilman, että alueen väestö saisi suorilla vaaleilla valita niihin edustajat. Tämä ongelma olisi toki helposti korjattavissa kuntalakia muuttamalla (suoraa vaalia kuntayhtymän valtuustoon kuntavaalien yhteydessä on kokeiltu jo Kainuun maakuntamallissa).

Nyt käsillä oleva hallituksen esitysten sote/maakunta-uudistuspaketti on muuttunut monella tavalla esitysten eduskuntakäsittelyn aikana. Hallitus on antanut alkuperäisiä esityksiään täydentäviä esityksiä ja sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunta on mietintöluonnoksissaan ehdottanut monia muutoksia hallituksen täydennettyihin esityksiin. Monia alkuperäisten esitysten ongelmia on korjattu, mutta useat muutokset ovat tehneet uudistuksen kokonaisuudesta vaikeasti hahmotettavan. Toisaalta valtaosa korjauksista on ollut pieniä teknisiä ongelmia, joilla ei ole puututtu uudistusesitysten valtiosäännön kannalta keskeisiin ongelmiin. Näitä ongelmia voidaan pitää uudistusehdotuksen valuvikoina, joita on hyvin vaikea korjata.

Pidän itse keskeisinä sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan mietintöluonnoksessa jäljellä olevina valtiosääntöoikeudellisina ongelmina seuraavia asioita:

- 1) Sosiaali- ja terveysmenojen rahoituksen rajaamista maakuntien rahoituslaissa 0,9 %:n vuotuisen kasvuun, vaikka ennakoitu tarve on tätä suurempi (THL:n ennusteen mukaan n. 3 %).
- 2) Riittämättömään rahoitukseen liittyvää tosiallista sosiaali- ja terveyspalvelujen priorisointia ilman, että priorisoinnin kohteeksi joutuville asiakkaille, potilaille tai väestölle annetaan perustuslain takaamaa oikeusturvaa. Tämä on erityisen ongelmallista, koska ehdotettu valinnanvapausmalli aiheuttaa todennäköisesti ongelmia palvelujen saatavuudessa vajaakykyisille ja paljon palveluja tarvitseville asiakkaille/potilaille.
- 3) Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantotavaksi ehdotettu monituottajamalli edellyttää, että lukuisalla joukolla sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita on oikeus käsitellä asiakkaan/potilaan arkaluonteisia henkilötietoja. Tämä malli on monin tavoin ongelmallinen perustuslain 10

§:ssä turvatus yksityiselämän suojan kannalta ja ristiriidassa Euroopan unionin yleisen tietosuoja-asetuksen joidenkin vaatimusten kanssa.

- 4) Sote-uudistuksen tavoitteena on mm. ollut luoda kilpailua julkisen toimijan (maakunnan liikelaitoksen sote-keskus) sekä yksityisen toimijan (yksityinen sote-keskus) välille ja näin vaikuttaa palvelujen kustannuksiin ja laatuun. Koska julkisen vallan on aina turvattava riittävät palvelut ja sen toiminta lopulta rahoitetaan julkisista varoista, liittyy malliin ristiriita oman perustuslakimme vaatimusten sekä Euroopan unionin perussopimusten asettamien kilpailuneutraaliteettivaatimusten välillä (jotka on perustuslain 1 § 3 mom kautta otettu osaksi valtiosääntömme kokonaisuutta).

Tarkastelen lähempänä näitä ongelmia yksityiskohtaisesti.

### Sosiaali- ja terveysmenojen rahoituksen rajaaminen

Olen perustuslakivaliokunnalle esittämissä aikaisemmissa lausunnoissani tuonut toistuvasti esiin huolen siitä, turvaako ehdotettu malli, jossa sote-menojen kasvulle on asetettu leikkuri 0,9 %:n ylitävän kasvun osalta, riittävät palvelut tilanteessa, jossa sote-palvelujen kustannusten on (THL:n arvion mukaan) ennakoitu kasvavan n. 3 % vuodessa johtuen mm. väestön vanhenemisesta, sairastavuuden muutoksista sekä hoitojen kallistumisesta. Maakuntien rahoituslakiin sisältyvällä ns. kustannusleikkurilla tavoitellaan n. 3 mrd euron kustannussäästöä 10 vuoden aikajaksolla. Käytännössä tämä merkitsisi, että nykyiseen BKT-tasoon verrattuna – jos kansantalous kasvaa 1,5-2,0 % vuodessa, esim. terveydenhuoltomenojen BKT - osuus painuisi pohjoismaisesta minimitasosta (9,5 %) itäeurooppalaiselle n. 8,5 % BKT-tasolle.

Perustuslakivaliokunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle tekemistä rahoituksen riittävyttä koskevista tarkennuspyynnöistä huolimatta, sosiaali- ja terveysvaliokunta ei ehdota muutoksia maakuntien kokonaisrahoituksen tasoon. Erityisen ongelmallista tämä on koska, ehdotettu palvelujen hallintomalli ja valinnanvapaus lisäävät useiden asiantuntijoiden arvioiden mukaan kustannuksia (ks. esim. Lehtonen L ym: Valinnanvapaus sote-uudistuksessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2018:55, 78-87). Jotta perustuslain 19 §:n edellyttämät jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut tulisivat turvatuiksi, ehdottaa sosiaali- ja terveysvaliokunta mietintöluonnoksessaan ”turvalauseketta” riittävän rahoituksen varmistamiseksi. Maakuntien rahoituslain 6 §:ää on sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnössä muutettu niin, että rahoituksen tasoa nostetaan, jos rahoituksen taso useammassa kuin 7 maakunnassa taikka maakunnissa, joiden asukasmäärä yhteensä on enemmän kuin 40

% koko maan asukasmäärästä, on riittämätön niiden lakisääteisten tehtävien hoitoon. Toisaalta maakuntien rahoituslakia koskevan esityksen 7 §:ssä todetaan nyt, että maakunnilla on muutoinkin oikeus saada rahoitusta se määrä, joka on tarpeen riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen turvaamiseksi. Tällainen rahoituselementti olisi otettava valtion talousarvion. Lisärahoituksen tarve käynnistäisi toisaalta maakunnan arviointimenettelyn, mikä ei ole omiaan edistämään riittävien palvelujen varmistamista väestölle järjestämisvastuullisen maakunnan toimesta.

Pidän maakuntien rahoituslain 6 § muutettuaakin 3 momenttia ongelmallisena. *Perusoikeudet kuuluvat jokaiselle*, eikä rahoitustason nostamisen edellytykseksi asetettu vaatimus vähintään 7 maakunnan rahoituksen riittämättömyydestä taikka ao. maakuntien 40 % osuudesta koko maan väestöstä turvaa pienten potilas/väestöryhmien oikeutta riittäviin palveluihin. Rahoitusongelmat sosiaali- ja terveydenhuollossa liittyvät tyypillisesti, joko kalliisiin hoitoihin, kalliisiin investointeihin taikka jonkun paljon palveluja vaativan (mutta usein pienen) erityisryhmän palvelujen toteuttamiseen.

Perustuslakivaliokunnalle lausuntonsa 4.12.2018 antaneista sote-asiantuntijoista vain kolme pitävät sosiaali- ja terveysvaliokunnan esittämiä muutoksia riittävänä ja ehdotettua mallia yhdenvertaiset ja riittävät palvelut turvaavana. Asiantuntijoiden enemmistö epäilee, ettei ehdotetun asiakassuunnitelman avulla saavuteta riittävää palveluintegraatiota ja että erityisesti paljon palveluja tarvitsevat eivät näin saa riittäviä palveluja.

#### Priorisointi ilman oikeusturvaa

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan asiakassuunnitelmaan ehdottamat muutokset pakottavat arvioimaan sekä yksittäisen henkilön että väestön oikeusturvaa ehdotetussa uudistuksessa. Tilanteessa, jossa palveluihin ohjatut resurssit alittavat ennakoidun palvelutarpeen, on kyse ns. priorisoinnista eli päätöksenteosta, jossa jotkut tarpeet jätetään tyydyttämättä. Tällaisessa tilanteessa asianmukaista oikeusturvaa koskevat vaatimukset kovenevat, koska jotkut potilaat/asiakkaat tai jotkut potilas/väestöryhmät voivat jäädä ilman perustuslain 19 §:n takaamia riittäviä palveluja. Uudistuksessa ehdotetussa priorisointimallissa päätökset tehtäisiin ennen kaikkea valtioneuvoston tasolla, jossa tosiasiallisesti päätettäisiin maakuntien rahoituksesta budjettikehyksen puitteissa, asetettaisiin tavoitteita maakunnille sekä ohjattaisiin sote-investointeja.

Palvelujen tarvitsijan oikeusturvaongelmat liittyvät melko todennäköisesti tilanteeseen, jossa palvelujen rahoitus on riittämätön ja palveluja tämän vuoksi karsitaan. Suomessa on vakiintuneesti katsottu, että riittämättömät resurssit eivät saa johtaa siihen, että yksittäinen potilas taikka jokin tautia

sairastava potilasryhmä jätetään vaille riittävää hoitoa. Eduskunnan oikeusasiamiehen linjausten mukaan ainoa hyväksyttävä peruste jättää joku kallis hoito antamatta on, että hoidolla ei lääketieteellisesti arvioiden ole vaikutusta potilaan oireisiin tai ennusteeseen (ks. esim. Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisu 921/2004: Turun yliopistollisen keskussairaalan menettely tutkimushoidossa olleiden Fabry-potilaiden lääkehoidon järjestämisessä: ”...*Mikään muu priorisointi ei ole käsitykseni mukaan yksittäisissä hoitoratkaisuissa lainmukaista kuin sairauteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva*”). Lainsäädännön tasolla eduskunnan perustuslakivaliokunta on arvioinut priorisoinnin edellytyksiä antaessaan lausuntonsa hallituksen esityksestä (HE 103/2013 vp) laista rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja siihen liittyvästä terveydenhuoltolain muutoksesta (PeVL 30/2013 vp.). Tuossa esityksessä ehdotettiin sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivalle palveluvalikoimaneuvostolle oikeutta sitovasti päättää siitä, mitkä lääketieteelliset hoidot kuuluvat suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Perustuslakivaliokunta totesi tällöin mm, että laissa täytyy olla perussäännökset mm. siitä, miten arviointiprosessi terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden sisällyttämisestä palveluvalikoimaan tehdään. Perustuslakivaliokunta totesi edelleen, että palveluvalikoimaan sisällyttämistä tai sen ulkopuolelle jättämistä koskevissa ratkaisuissa on niiden merkittävien oikeusvaikutusten vuoksi kysymys julkisen vallan käyttämisestä. Perustuslain 19 § 3 mom edellyttää viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävyydestä. Perustuslakivaliokunta katsoi tuon esityksen osalta, että vaikka priorisointi ei ole sinänsä suomalaisessa perusoikeusjärjestelmässä mahdotonta, tulee järjestelmän priorisoinnista huolimatta mahdollistaa potilaan yksilöllisen hoidontarpeen huomioonottaminen.

Uudistuksessa ehdotetussa mallissa palvelut järjestävä maakunta neuvottelisi vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen toteuttamisesta (järjestämislaki 29 §). Neuvotteluista laaditaan ”asiakirja”, johon kirjataan neuvottelussa sovitut seuraavan vuoden keskeiset tavoitteet ja niitä tukevat toimenpiteet. Järjestämislakiesityksen 19 §:n mukaan taas sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta laajakantoisen investoinnin saa toteuttaa vain, jos investointi sisältyy maakuntalain 12 §:ssä tarkoitettuun valtioneuvoston hyväksymään maakuntien investointisuunnitelmaan. Päätöksenteko toiminnallisesti taikka palvelujärjestelmän kannalta ”laajakantoisesta” investoinnista kuuluu näin tosiasiaassa valtioneuvostolle. Todettakoon edelleen, että sosiaali ja terveysvaliokunnan mietintöluonnoksessaan järjestämislain 19 §:ään esittämä täsmennys siitä, mitkä investoinnit olisivat ”laajakantoisia”, on edelleen varsin avoin tulkinnoille.

Järjestämislain 29 §:n mukaisesti maakunnan ja sosiaali- ja terveysministeriön välillä ”sovitusta” asioista ei ole valitusmahdollisuutta kuten ei myöskään maakuntalain 12 §:n mukaisesta investointi-

suunnitelmasta. Tilannetta monimutkaistaa edelleen se, että sote-kiinteistöt on tarkoitus siirtää erilliseen yhtiöön (Maakuntien Tilakeskus Oy). Jotta tarpeelliset investoinnit sote-kiinteistöihin toteutuisivat, tulee myös ao. yhtiön olla (liiketoiminnallisesti kiinnostunut) investoinnin tekemisestä. Yhtiön päätöksiin ei alueen asukkailla ole valitusoikeutta eli tältä osin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä olisi lähes alueen väestön oikeusturvakeinojen ulkopuolella.

Ehdotetussa mallissa yksittäisellä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalla ei olisi valitusoikeutta tilanteessa, jossa hän ei saa tarpeidensa mukaista asiakassuunnitelmaa taikka jossa asiakassuunnitelman toteuttaminen laiminlyödään. Myöskään maakunnan väestöllä ei olisi oikeusturvaa sen tilanteen varalta, että maakunnan ja sosiaali- ja terveysministeriön välisissä neuvotteluissa ”sovitaan” palvelujen karsimisesta taikka valtioneuvosto jättää ottamatta maakuntaa sitovaan investointisuunnitelmaan jonkun alueen väestön tarpeellisenä pitämän investoinnin.

Maakuntien rahoituslain 6 ja 7 §:n ”turvalausekkeet” eivät mielestäni anna riittävää oikeusturvaa niille henkilöille, joiden palveluihin rahoitus/investointipäätökset uudistuksen mukaisessa mallissa vaikuttaisivat. Oikeudellisesti sitova asiakassuunnitelma sen sijaan antaisi yksittäiselle palveluntarvitsijalle tehokkaan keinon vaatia hänelle lain mukaan kuuluvia riittäviä palveluja. Sosiaali- ja terveysvaliokunta on valinnanvapauslakia koskevassa mietintöluonnoksessa ottanut kuitenkin kannan, jonka mukaan asiakassuunnitelmalle ei anneta oikeudellista sitovuutta, vaan se on lähinnä informaation vaihdon väline.

#### Arkaluonteisten henkilötietojen käsittely ehdotetussa sote-monituottajamallissa

Valinnanvapauslakiesityksen 5 §:n 1 momentin mukaan asiakassuunnitelma laadittaisiin kattamaan kaikki asiakkaan tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut riippumatta siitä, mikä palveluntuottaja vastaisi niiden tuottamisesta. Valinnanvapauslain 76 §:n 1 momentin mukaan *maakunta* olisi henkilötietolain 3 §:n 4 kohdassa tarkoitettu rekisterinpitäjä järjestämisvastuulleen kuuluvassa toiminnassa syntyneille sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoille. Näistä asiakas- ja potilasasiakirjoista ja niiden käsittelystä säädettäisiin edelleen sosiaalihuollon asiakaslaissa, potilaslaissa, sosiaalihuollon asiakasasiakirjalaissa, asiakastietolaissa, julkisuuslaissa ja tietosuojalaissa. Asiakassuunnitelmat tallennettaisiin erilliseen asiakassuunnitelmarekisteriin. Asiakassuunnitelmarekisterin rekisterinpitäjä olisi Kansaneläkelaitos.

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnössä valinnanvapauslain 5 §:ää on korjattu niin, että siinä todetaan aikaisempaa selvemmin suunnitelman tarkoitus. Säännöksen mukaan asiakassuunnitelmaan

viedään sellaiset palvelun tuottamista koskevat tiedot, jotka ovat palvelun toteuttamisen kannalta välttämättömiä. Mitkä tällaisia palvelun tuottamisen kannalta välttämättömiä tietoja ovat, ei kuitenkaan selviä valiokunnan mietinnöstä. Vaikka valinnanvapauslain 5 §:n muotoilu on nyt asianmukainen, *tulisi asiakassuunnitelman kannalta välttämättömien tietojen määrittely tehdä joko valmisteilla olevassa asiakastietolaissa taikka asiakas- ja potilastietoja koskevassa erillislaissa* (nyt potilasasiakirjojen laatimisvelvollisuutta koskevat säännökset sisältyvät lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista).

Sosiaali- ja terveysvaliokunta toteaa valinnanvapauslakia koskevassa mietinnössään (s. 69), että asiakassuunnitelmaan sisältyvien arkaluonteisten henkilötietojen käsittelyperusteena voidaan käyttää GDPR 9 artiklan 2 kohdan h alakohtaa (henkilötietojen käsittely on mm. sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmien hallintoa varten). Olen tästä käsittelyperusteesta samaa mieltä valiokunnan mietinnön kanssa. Kuten valiokunta toteaa, edellyttää GDPR 9 artiklan 2 kohdan h alakohdan käyttö käsittelyperusteena kuitenkin, että samalla rekisteröidylle turvataan GDPR 9 artiklan mukaiset suojatoimet.

Myös kapitaatiokorvauksen laskemista varten kerättävien henkilötietojen käsittelyperusteena voidaan käyttää niiden tarpeellisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmien hallintoa varten. Perustelut koko väestöä koskevan profiloinnin osalta ovat kuitenkin hyvin puutteelliset. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnössä valinnanvapauslain 80 § oikeuttaa Kansaneläkelaitoksen keräämään paitsi asiakas- ja potilastietoja, myös erilaisia sosioekonomisia tietoja sote-keskusten kiinteän korvauksen laskemiseksi. Sosiaali- ja terveysvaliokunta toteaa mietinnössään (s. 90), että ”*Kelan tiedonsaantioikeutta on tarpeen laajentaa, jotta Kelalla on käytössään kaikkien kiinteän korvauksen laskennassa käytettävien tarvetekijöiden tiedot. Valiokunta ehdottaa, että Kelalla olisi oikeus salassapitosäännösten estämättä käyttää sen asiakkaille myöntämien lääkkeiden erityiskorvausoikeuksista ja sairausvakuutuksesta korvatuista lääkkeistä sekä muita sille lailla säädettyjen tehtävien hoitamista varten saamia tietoja asiakkaiden koulutustasosta, diagnoositiedoista, palvelutarve- ja toimintakykytiedoista, työllisyydestä ja muista sosioekonomista asemaa koskevista tiedoista.*”

Mistään lakiesityksen perusteluista ei ilmene, miksi ao. tiedot olisivat tarpeellisia kiinteän korvauksen laskemiseksi vai riittäisikö korvauksen laskemiseksi esim. pelkkä tieto henkilön iästä ja työmarkkina-asemasta (töissä, työtön, työkyvytön). Tutkimukset ovat toki osoittaneet, että eri sosioekonomisilla tekijöillä on jonkin verran vaikutusta sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön, mutta kapitaatiokorvausten laskemisessa kyse ei ole tutkimushankkeesta, jossa pitäisi yrittää huomioida kaikki mahdolliset tekijät vaan niiden laskemisessa pitäisi itse asiassa pyrkiä minimoimaan puuttuminen yksityiselämän suojaan, kuten EU:n yleinen tietosuojasetus edellyttää. Toinen kapitaatiokorvausten laskemiseen liittyvä ajatusvirhe liittyy siihen, että ehdotettu laskentamalli ei huomioi sitä tosiasiaa, että

vaikeasti sairaat henkilöt hoidetaan erikoissairaanhoidossa, joten näillä kustannuksilla ei ole tosiasias-  
assa merkitystä ajateltaessa sote-keskusten kapitaatiokorvausten suuruutta. Kapitaatiokorvausten  
suuruuden laskemisen kannalta merkittävä tekijä on itse asiassa lähinnä kunkin potilaan vuosittainen  
käyntimäärä sote-keskuksessa. On lisäksi melko todennäköistä, että kunkin sote-keskuksen kaikki  
lääkäriajat ”myydään käytännössä loppuun”, joten tuottajan kustannukset ovat lopulta aivan samat  
riippumatta siitä, minkä ryhmän potilaat nuo ajat täyttävät. Jotta jokaiselle kuuluvan yksityiselämän  
suojan loukkaaminen olisi mahdollista tulisi perusoikeusrajoituksen olla välttämätön. Mielestäni mi-  
kään hallituksen esityksissä taikka sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnössä esitetty ei tue valin-  
nanvapausslain 80 §:ssä ehdotetun laajan profiloinnin välttämättömyyttä. Profiloinnin tekee erityisen  
ongelmalliseksi se, että se ulottuisi yksityiselämän suojan ydinalueelle. GDPR nimenomaan rajoittaa  
arkaluonteisten tietojen perustella tehtävää profilointia ja edellyttää henkilötietojen käsittelyn mini-  
mointia.

GDPR 9 artiklan 3 kohdan perusteella arkaluonteisia henkilötietoja voidaan käsitellä, kun kyseisiä  
tietoja käsittelee tai niiden käsittelystä vastaa ammattilainen, jolla on lakisääteinen salassapitovelvol-  
lisuus unionin oikeuden tai jäsenvaltion lainsäädännön perusteella tai kansallisten toimivaltaisten  
elinten vahvistamien sääntöjen perusteella, taikka toinen henkilö, jota niin ikään sitoo lakisääteinen  
*salassapitovelvollisuus* unionin oikeuden tai jäsenvaltion lainsäädännön tai kansallisten toimivaltais-  
ten elinten vahvistamien sääntöjen perusteella. On kuitenkin huomattava, että Suomessa terveyden-  
huollon ammattihenkilöiden salassapitovelvollisuutta on viime vuosina supistettu (erilaiset ilmoitus-  
velvollisuudet, poliisin tiedonsaantioikeus, asianosaisjulkisuus jne.) eikä se enää välttämättä vastaa  
sitä eurooppalaisen oikeusvaltion tasoa, jota GDPR 9 artikla edellyttää.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta katsoo mietinnössään, että rekisteröidylle ei tule antaa oikeutta vastus-  
taa asiakassuunnitelmaan sisällytettävien tietojen käsittelyä (s. 69), koska ”asiakassuunnitelman laa-  
timinen perustuu 6 artiklan 1 kohdan c alakohtaan [lakisääteinen velvoite]”. Eräs perusoikeuksien  
rajoitusedellytyksistä on perustuslakivaliokunnan käytännössä ollut, että perusoikeusrajoitukseen liit-  
tyy myös rajoituksen kohteeksi joutuneelle riittävä oikeusturva. Keskeisiä oikeusturvakeinoja henki-  
lötietojen käsittelyn osalta on rekisteröidyn oikeus vaatia tietojaan oikaistavaksi taikka poistettavaksi  
(GDPR III luku, 3 jakso). Valinnanvapausslakiesityksessä ehdotettu sääntely merkitsisi käytännössä  
sitä, että jäsenvaltiolla olisi käytännössä kansallisella lailla mahdollista poiketa tietosuoja-asetuksen  
takaamista oikeusturvakeinoista. Tehdessään kansallisia poikkeuksia EU-lainsäädäntöön, jäsenval-  
tion on kuitenkin pystyttävä osoittamaan (esim. tutkimustiedon valossa), että poikkeukset ovat vält-  
tämättömiä EU-oikeuden kannalta hyväksyttävän tavoitteen saavuttamiseksi ja oikeassa suhteessa  
suojattuun intressiin. Koska kapitaatiokorvausten tulee perustua oikeaan ja ajanmukaiseen tietoon on

enemminkin todennäköistä, että rekisteröidyn oikeusturvan puutteet (so. ettei rekisteröidyllä ole mahdollista vastustaa häntä koskevien virheellisten tietojen käsittelyä) lisäävät virheitä kapitaatiokorvauksen laskemisessa kuin että ne vähentäisivät niitä. Käsitykseni mukaan valinnanvapauslakiesitys korjatussa muodossaan ei anna riittävää oikeusturvaa profiloinnin kohteeksi joutuvalle henkilölle.

Valinnanvapauslakiesityksen 80 § antaa Kansaneläkelaitokselle laajat tiedonsaantioikeudet kapitaatiokorvauksen laskemiseksi. En sinänsä pidä erityisen ongelmallisena, että potilas- ja asiakastietoja käsitellään terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hallinnossa. On tärkeää, että lainsäädäntö turvaa mahdollisuudet tiedolla johtamiseen ja palvelujen kustannusseurantaan. Pidän kuitenkin ongelmallisena, että valinnanvapauslakiesityksen mukaan kapitaatiokorvauksen laskemiseksi koottaisiin laajalti tietoja yhteiskunnan muilta toimialoilta täysin noiden tietojen käyttötarkoitussidonnaisuudesta riippumatta (esim. tietoja henkilöiden tuloista ja varallisuudesta taikka perhesuhteista). Tällaisen laajan rekisterin luominen henkilötietojen käyttötarkoituksesta riippumatta loukkaa sekä tietosuojasopimuksen että GDPR:n vaatimuksia.

Ehdotettu valinnanvapauslain 80 § merkitsisi myös suurta poikkeusta henkilötietojen käsittelyn käyttötarkoitussidonnaisuudesta mahdollistaessaan aivan muuta tarkoitusta varten kerättyjen tiedon käytön kapitaatiokorvausten laskemiseen. Tältä osin perustuslakivaliokunta on esim. pankki- ja maksutilien valvontajärjestelmää koskevasta laista antamassaan lausunnossaan PeVL 48/2018 vp. hiljattain katsonut, että sääntelyyn [jossa halutaan kerätä olennaisia tietoja joltain alkuperäisestä käyttötarkoituksesta poikkeavaa uutta käyttötarkoitusta varten] tulee esityksen perusteluissa liittää ”riittävällä seikkaperäisyydellä ne syyt, joiden vuoksi henkilötietojen käsittely katsotaan välttämättömäksi.” Nyt ehdotetussa valinnanvapauslain 80 §:ssä profiloinnin laajuus ei ole oikeutetussa suhteessa siihen, mikä on välttämätöntä sote-keskusten kapitaatiokorvausten suuruuden laskemiseen.

Sekä tietosuojasopimus että GDPR edellyttävät, että käsiteltävien henkilötietojen tulee olla tarpeellisia niille määritellyn käyttötarkoituksen kannalta. GDPR edellyttää lisäksi käsiteltävien henkilötietojen rajoittamista (eli tietojen minimointia). Käsitykseni mukaan tältä osin suunniteltuihin valtakunnallisiin palveluihin (ja jo olemassa oleviin Kanta-palveluihin) liittyy merkittäviä ongelmia.

Kanta-palvelujen ideana on alun perin ollut toimia potilastiedon arkistona eli sinne on koottu kaikki mahdolliset potilastiedot. Tämä kokoaminen jatkuu edelleen ja tällä hetkellä ollaan vastaavaa järjestelmää toteuttamassa sosiaalihuollon tietojen osalta, vaikka GDPR 5 artikla selkeästi lähtee siitä, että tarpeellisuusvaatimus edellyttää myös käsiteltävien (ml. kerättävien, tallennettavien ja luovutettavien henkilötietojen) minimointia. Kanta-arkiston eri kehitysvaiheissa lukuisat asiantuntijat (ml. allekir-

joittanut) on sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon neuvottelukunnassa ja sen ns. maksujaos-  
tossa (jonka jäsen olen ollut ja olen) edellyttänyt Kanta-arkiston tiedoille ns. arvonmäärittystä eli kun-  
nollista selvitystä sen suhteen, mitkä arkistoon viedyt tiedot ovat tosiasiasa tarpeellisia potilaan hoi-  
don kannalta. Tarpeellisuusvaatimuksen ja henkilötietojen käsittelyn minimointia koskevat vaati-  
mukset korostuvat valinnanvapauslakiesityksessä ehdotetussa monituottajamallissa, jossa pitäisi en-  
nen kuin malli otetaan käyttöön pystyä varmistumaan siitä, että vain sellaisia tietoja, jotka ovat aidosti  
tarpeellisia potilaan hoidon kannalta siirretään eri toimijoiden välillä. Valitettavasti tältä osin sääntely  
on hyvin epätarkkaa ja potilasasiakirjojen sisältö perustuu edelleen STM:n asetukseen, vaikka jo  
usean vuoden ajan on esitetty, että potilasasiakirjojen sisällöstä, niiden ydintiedoista ja käyttöoikeuk-  
sista säädettäisiin erillisessä potilasasiakirjalaissa.

GDPR tarkoittaa rekisterinpitäjällä luonnollista henkilöä tai oikeushenkilöä, viranomaista, virastoa  
tai muuta elintä, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tarkoi-  
tukset ja keinot; jos tällaisen käsittelyn tarkoitukset ja keinot määritellään unionin tai jäsenvaltioiden  
lainsäädännössä, rekisterinpitäjä tai tämän nimittämistä koskevat erityiset kriteerit voidaan vahvistaa  
unionin oikeuden tai jäsenvaltion lainsäädännön mukaisesti. Vakiintuneesti katsotaan, että rekisterin-  
pitäjä määrittää myös sen, miten tietoa kerätään ja käsitellään. Rekisterinpitäjän on GDPR:n 5 artiklan  
2 kohdan mukaan jatkuvasti pystyttävä osoittamaan, että henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan 5  
artiklan tietosuojaperiaatteita.

Keskeinen osa henkilötietojen käsittelyn huolellisuusvelvoitetta on käyttöoikeuksien valvonta. Ehdo-  
tetuissa valtakunnallisissa tietojärjestelmäpalveluissa henkilötietojen käsittelyä seurataan lokitieto-  
seurannalla. Rekisterinpitäjän on kuitenkin pystyttävä estämään henkilötietojen luvaton käsittely eikä  
vain tyydyttävä seuraamaan sitä. Käyttöoikeuksien myöntäminen ja käyttäjäprofiilien määrittäminen  
onkin keskeinen osa rekisterinpitäjän huolellisuusvelvoitetta. Valinnanvapauslakiesitykseen ja valta-  
kunnallisiin palveluihin liittyy tässä suhteessa hyvin monia ongelmia. Valinnanvapauslakiesitys mää-  
rittää rekisterinpitäjäksi terveydenhuollon ja sosiaalihuollon tietojen osalta maakunnan palvelujen  
järjestäjänä. Tosiasiasa kuitenkin maakunnan liikelaitos myöntää vain omalle henkilöstölleen käyt-  
töoikeudet niihin tietojärjestelmiin, joissa henkilötietoja käsitellään. Eräiden valtakunnallisten palve-  
lujen osalta rekisterinpitäjänä on Kansaneläkelaitos. Käyttöoikeudet järjestelmiin edellyttävät kuiten-  
kin Väestörekisterikeskuksen/Viestintäviraston myöntämää ns. VRK-korttia, jolla ammattihenkilöt  
tunnistetaan. Yksityisten tuottajien osalta pääsyn niiden tietojärjestelmissä käsiteltäviin henkilötie-  
toihin myöntää kukin palvelutuottaja. Huolellisuusvelvoite edellyttäisi, että kukin tuottaja olisi jatku-  
vasti tietoinen siitä, kuka pääsee ja millaisella profiililla käsittelemään (ml. tietojen katselu ja kopi-

ointi omaan tietojärjestelmään) sen järjestelmiin alun perin tallennettuja henkilötietoja. Tämä ei toteudu ehdotetuissa valtakunnallisissa palveluissa, sillä esimerkiksi maakunnan liikelaitos ei tiedä, kuka sen potilaana olleen henkilön tietoja käsittelee yksityisen toimijan tietojärjestelmän kautta (esim. ottamalla yhteyden yksityisen toimijan tietojärjestelmästä Kanta-palveluun ja katsomalla liikelaitoksen potilaan tietoja). Potilas itse voi – jos muistaa tai osaa (ja esim. vaikeasti sairailta henkilöillä ei tähän välttämättä ole voimia) – kieltää tällaisen katselun, mutta oletuksena Kanta-järjestelmässä on, että kaikilla terveydenhuollon toimijoilla on pääsy potilaiden tietoihin.

GDPR asettaa lisäksi arkaluonteisten terveydentilatietojen käsittelyn edellytykseksi, että tietoja käsittelevät ovat salassapitovelvollisia. Tältä osin valinnanvapauslain perusteluissa viitataan potilaslain, asiakaslain ja julkisuuslain salassapitosäännöksiin, mutta jätetään mainitsematta, että potilas- ja asiakastietojen salassapitoon on suomalaisessa lainsäädännössä tehty niin paljon poikkeuksia, että salassapito ei välttämättä enää vastaa eurooppalaista standardia (esimerkiksi poliisin tiedonsaantimahdollisuus potilastiedoista on Suomessa poikkeuksellisen laaja, asianosaisella on julkisuuslain mukainen tiedonsaantioikeus myös salassa pidettävistä potilastiedoista jne.). Hallitus on lisäksi valmistellut lisää rajoituksia salassapitoon: mm. luonnoksessa biopankkilaiksi ja genomilaiksi mahdollistettaisiin arkaluonteisten tietojen luovuttaminen salassapitovelvollisuudesta riippumatta.

Onkin hyvin ilmeistä, että tietosuojasopimuksessa ja GDPR:ssä edellytetty huolellisuusvelvoite ei toteudu ehdotetuissa valtakunnallisissa palveluissa, koska henkilötietojen käyttöoikeuksien määrittely on epäselvää ja jaettu eri tahoille. Näin ollen potilasrekisteriinsä tietoja tallentava terveydenhuollon toimija ei todellisuudessa pysty varmistautumaan GDPR:n edellyttämällä tavalla siitä, että hänen keräämiään henkilötietoja jatkuvasti käytetään tietosuojaperiaatteiden mukaisesti. Erityisen ongelman terveydentilatietojen käsittelylle asettaa vielä se, että suomalaisessa lainsäädännössä noiden tietojen salassapidolle on niin paljon poikkeuksia, että on kyseenalaista toteutuvatko GDPR 9 artiklan vaatimukset salassapidosta ja suojatoimista sillä tavalla, kuin länsimaaisessa demokraattisessa yhteiskunnassa edellytetään (ks. esim. potilaslain 13 § 3 mom).

### Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon asettaminen kilpailuasemaan

Euroopan unionin perussopimukset kieltävät pääsääntöisesti sellaiset jäsenvaltioiden taloudelliseen toimintaan kohdistamat valtiontuet, joilla on vaikutuksia yhteismarkkinoiden toimintaan. Sote-uudistuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa yhteensovittamista yritettiin ensin ajatuksella, että julkisen toimijan palvelut tuotettaisiin yhtiömuodossa. Hallituksen alkuperäisessä valinnanvapauslakiesityksessä perusteena yhtiöittämiselle oli EU-oikeuden vaatimus kilpailuneutraliteetista. Kun tämä malli kaatui eduskunnassa Suomen perustuslain vastaisena (PeVL 26/2017 vp.), laati hallitus uuden

esityksen valinnanvapauslaiksi, jossa julkisen ja yksityisen kilpailua samoilla markkinoilla ei enää pidettykään yhteismarkkinalainsäädännön vastaisena. Perusteena oli nyt, etteivät terveyspalvelut sote-uudistuksen jälkeen muodostaisi Suomessa mitään kilpailtua markkinaa. Ainakin allekirjoittaneen mielestä hallituksen alkuperäisen sote-esityksen ja korjatun sote-esityksen perustelut lyövät toisiaan pahasti korvalle.

Sote-esityksen kilpailuoikeudellisiin ongelmiin kiinnittää huomiota esim. Elinkeinoelämän valtuuskunta (EVA) 4.1.2018 julkaistussa raportissaan ”Kilpailua kaksilla rattaila”

(<https://www.eva.fi/blog/2019/01/04/nain-suomi-yrittaa-kiertaa-sote-lainsaadannossa-eun-valtiontukisaaentoja/>). Raportti arvioi, että Suomen hallitus pyrkii sote-esityksissään kiertämään EU:n valtiontukisääntöjä. Ongelmaan ovat jo aikaisemmin kiinnittäneet huomiota useat kilpailuoikeuden asiantuntijat, jotka ovat pitäneet välttämättömänä, että erityisesti hallituksen esitys laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali ja terveydenhuollossa (valinnanvapauslaki) alistettaisiin Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen 108 artiklan mukaiseen ennakoilmoitusmenettelyyn (notifioitaisiin) EU:n komissiolle ennen lakiesityksen käsittelyä. Näin voitaisiin varmistua siitä, että laki täyttäisi EU:n perussopimusten kansalliselle lainsäädännölle asettamat vaatimukset. Myös eduskunnan perustuslakivaliokunta kiinnitti hallituksen korjatusta sote-esityksessä 1.6.2018 antamassaan lausunnossaan ([https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lausunto/Sivut/PeVL\\_15+2018.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lausunto/Sivut/PeVL_15+2018.aspx)) huomiota siihen, että sote-lakiesitystä korjaavan eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan tulee varmistua lakiesitysten EU-oikeudellisesta hyväksyttävyydestä ja notifikaation tarpeellisuudesta/tarpeettomuudesta. Sosiaali- ja terveysvaliokunta kuittasi asian kuitenkin valinnanvapauslaista laatimassaan mietintöluonnoksessa vähin perusteluin lähinnä vain toteamalla, ettei se pitänyt lakiesityksen notifikaatiota komissiolle tarpeellisena.

Sote-lakiesityksissä ns. kiellettyinä valtiontukena on pidetty ennen kaikkea sitä, että maakuntien liikelaitoksen osana toimivat julkiset sote-keskukset nauttivat konkurssisuoja. Ts. vaikka ne toimisivat tappiollisesti, on julkinen valta velvollinen rahoittamaan niiden toiminnan. Tällöin yksityiset sote-keskukset joutuisivat puolestaan toimimaan olosuhteissa, joissa ne joutuisivat pitämään joko kustannuksensa keinotekoisena alhaalla (eli tarjoamaan vaatimuksia huonompaa palvelua) taikka tekemään tappiota. Tappiota tekevää yritystä uhkaa sitten konkurssi, jollei se rahoita sote-keskustensa toimintaa jonkun muun kannattavan liiketoiminnan (esim. työterveyshuolto) tuotoilla.

Toisena kielletyn valtiontuen elementtinä kilpailuoikeuden asiantuntijat ovat nostaneet esiin. maakuntien rahoituksen. Kun kunnilla on verotusoikeus, ei rahoituksen tueksi ole tarvittu monimutkaista takausjärjestelmää. Maakunnilla ei sen sijaan verotusoikeutta olisi, mutta niiden vastuulle

siirtyisivät sote-toimintoihin kohdistuvat kuntien ja kuntayhtymien velat. Esimerkiksi sairaanhoitopiireillä on n. 4 miljardin euron suuruinen lainakanta, jonka valtio joutuisi takaamaan (eli antamaan valtiontukea) velallisen vaihtuessa kuntaorganisaatiosta maakunnaksi.

Kielletyn valtiontuen lisäksi sote-lainsäädäntöön liittyy muitakin kilpailuoikeudellisia ongelmia. Pidän itse varsin ongelmallisena ns. valtakunnallisten palvelujen pakkokäyttöön liittyvää sääntelyä. Valtio on perustanut sekä sote-kiinteistöjä (Maakuntien tilakeskus Oy) että maakuntien tietohallintoa (Vimana Oy, SoteDigi Oy) varten yhtiöt, jotka se on pääomittanut. Maakuntien tulee jatkossa käyttää näiden yhtiöiden palveluja, vaikka esimerkiksi lukuisat yritykset tarjoavat sote-toimijoille IT-palveluja ja EU:n hankintadirektiivi edellyttää lähtökohtaisesti julkisten hankintayksikköjen kilpailuttavan palvelunsa. Myöskään sote-palvelujen laajamittainen (1,6 mrd euron arvoinen) siirtäminen asiakassetelipalveluksi ei ole hankintalainsäädännön kannalta ongelmatonta. Yhteismarkkinoiden toimivuuden kannalta hankintamenettelyn avoimuus on hyvin tärkeää ja yksityisiltä toimijoilta hankitut sote-palvelut ovat vuodesta 2016 lähtien kuuluneet hankintadirektiivin mukaan kilpailutettavaan palveluihin. Asiakassetelillä annettuihin palveluihin ei kuitenkaan sovelleta hankintalainsäädäntöä. Käytännössä Suomi hyvin laajamittaisella asiakassetelijärjestelmällä kiertäisi myös hankintadirektiivin vaatimuksia sote-palvelujen kilpailuttamisesta, millä voi myös olla vaikutuksia noiden palvelujen (ylikorkeaan) hintatasoon.

Valtiontukisääntöjen mukaan julkisen palvelun korvauksen määrittely koskee kaikkia viranomaisen julkisista varoista suoraan tai välillisesti antamia taloudellisia etuja. Valinnanvapauslaissa ehdotettu asiakassetelimalli ei välttämättä ole EU:n valtiontukisääntöjen määrittelemien sallittujen julkisen palvelun velvoitteiden korvausmenettelyjen mukainen (ks. esimerkiksi Yhteisöjen tuomioistuimen tuomio asiassa C-280/00, Altmark Trans). Korvaus ei saa muodostaa nk. ylikompensaatiota palvelun tuottajalle. Ehdotetussa asiakassetelimallissa maakunnat eivät varmistaudu palvelujen hinnan markkinaehtoisuudesta, eikä ylikompensaation riskiä ole varmuudella eliminoitu. Sote-palvelujen kilpailuttamatta jättäminen voi siis merkitä sitä, että vahvistaessaan asiakassetelien hinnan hallinnollisella päätöksellä maakunta samalla antaa palvelutuottajalle kiellettyä valtiontukea aitoa markkinahintaa korkeamman palvelusetelin arvon muodossa.

Olen itse käsitellyt sote-uudistukseen liittyviä kilpailuoikeudellisia ongelmia Kilpailuoikeuden vuosikirjassa 2018 ilmestyneessä artikkelissani (Lehtonen L. SOTE-uudistuksen ongelma – miten yhdistää sosiaaliset perusoikeudet ja kilpailu. Kilpailuoikeudellinen vuosikirja 2017, s. 47-57). Totean siinä mm., että julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajan kilpailu on suomalaisessa hyvinvointivaltion mallissa haasteellista. Perustuslain 19 § edellyttää julkisen vallan turvaa-

van riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Perustuslakivaliokunnan kesäkuussa 2017 tekemän linjauksen mukaisesti tuo säännös edellyttää myös, että sosiaali- ja terveystalvaeluja ei Suomessa voi jättää pelkästään yksityisen tuotannon varaan, vaan julkisella vallalla on velvollisuus jatkuvasti varmistaa riittävien palvelujen saatavuus, tarvittaessa omana toimintana.

Kilpailuoikeuden kannalta on ongelmallista, jos julkinen tuotanto kilpailisi liikelaitosmuodossa yksityisen tuotannon kanssa Juuri näin tapahtuu, jos hallituksen esitys valinnanvapaustaiksi hyväksytään. Siinä yksityiset ja julkiset sote-keskukset kilpailisivat asiakkaista ja julkiset sote-keskukset voisivat toimia osana sote-palvelut järjestävän maakunnan liikelaitosta. Liikelaitos toimintamuotona taas merkitsisi rajattomia valtiontakuita julkiselle toiminnalle eli täydellistä konkurssisuoja.

JulKista hankintaa sote-palveluissa (erityisesti ns. kokonaisulkoistuksia) on julkisessa keskustelussa välillä kritisoiu kovinkin sanoin ja sote-palvelujen julkisen hankinnan on katsottu johtavan toiminnan hallitsemattomaan yksityistämiseen. Kilpailuoikeuden kannalta julkinen hankinta on kuitenkin vakiintunut yksityisen ja julkisen toiminnan yhteistyömuoto. Hankintaa koskevat sekä Euroopan unionin että Suomen valtion kansalliset säännökset, jotka takaavat palvelun tarjoajien syrjimättömän kohtelun. Perustuslain rajoitukset rajaavat sote-palvelujen hankintaa niin, ettei yksityisen toimijan tehtäväksi voida siirtää sellaisia toimintoja, joihin sisältyy merkittävää julkisen vallan käyttöä. Valtaosassa sote-palveluja julkinen hankinta on kuitenkin hyväksyttävä tapa hyödyntää kilpailua sosiaali- ja terveystalvaelujen tuotannossa.

Käsitykseni mukaan sote-lainvalmistelun lähtökohdissa, jossa julkisen toimijan ja yksityisen toimijan halutaan kilpailevan keskenään, on kilpailuoikeudellinen valuvika, jota ei minusta millään lakiteknisin keinoin pystytä korjaamaan oman perustuslakimme ja EU-oikeuden vaatimukset yhtä aikaa täyttäväksi.

### Yhteenvetoa

Sosiaali- ja terveystalvaeliokunta on mietintöluonnoksissaan monin osin pyrkinyt ottamaan huomioon perustusvaliokunnan aikaisemmissa lausunnoissaan tekemät huomiot sosiaali- ja terveystalvaelujen riittävydestä, niiden yhdenvertaisesta kohdentumisesta mm. paljon palveluja tarvitseville sekä asiakassuunnitelman oikeudellisesta luonteesta. Käsitykseni mukaan kuitenkin jotkut sosiaali- ja terveystalvaeliokunnan linjaukset ovat edelleen varsin ongelmallisia.

Pidän ongelmallisena maakuntien rahoituslaissa sote-menojen kasvulle asetettua rahoitusleikkuria, joka antaa sote-menoille arvioitua tarvetta pienemmän rahoituksen. Tämä vaarantaa perustuslain 19 §:n turvaamat riittävät palvelut erityisesti pieniltä ja kalliita hoitoja tarvitsevilta erityisryhmiltä, sillä

tällöin ”turvalausekkeen” vaatimus vähintään 7 maakunnan tai 40 % väestöosuuden riittämättömästä rahoituksesta ei täyty.

Kuten asiantuntijoiden enemmistö perustuslakivaliokunnan kuulemisessa 4.12.2018 totesi, asiakassuunnitelma ei nykymuodossaan myöskään turvaa sellaista palveluintegraatiota, joka olisi välttämätön sosiaali- ja terveydenhuollon kustannushallinnalle sekä paljon palveluja tarvitseville asiakkaille/potilaille. Nämä asiakkaat/potilaat (mielenterveysongelmaiset, päihdepotilaat, monisairaat vanhuksat sekä vammaiset) ovat usein heikosti kykeneviä itse järjestämään palvelujaan ja vaativat sellaisia tukitoimia, joita ehdotettu valinnanvapausmalli ja asiakassuunnitelman malli eivät nyt varmista. Viitataan tältä osin myös aiempaan sote-asiantuntijaryhmän lausuntoon valinnanvapauslaista (Lehtonen L ym: Valinnanvapaus sote-uudistuksessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2018:55, 78-87), koska valinnanvapauslain rakenteet eivät ole sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintöluonnoksessa riittävän merkittävästi muuttuneet.

Erityisesti asiakkaan/potilaan oikeusturvan osalta sosiaali- ja terveysvaliokunnan valinnanvapauslaia koskevaan mietintöluonnokseen otettu linjaus, jonka mukaan asiakassuunnitelma ei ole oikeudellisesti sitova, on riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutumisen kannalta arveluttava. Yksittäisten potilaiden/asiakkaiden sekä maakuntien väestön kannalta sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvää ja perustuslain 21 §:n turvaamaa oikeusturvaa täytyy tarkastella kokonaisuutena. Uudistuksen keskeisenä osana on tosiasiallisen päätöksenteon siirtäminen valtion keskushallinnolle sekä joidenkin toimintojen (kiinteistöinvestoinnit, tietojärjestelmäratkaisut) toteuttaminen yhtiömuotoisten valtakunnallisten palvelukeskusten kautta. Valitut mallit heikentävät potilaiden/asiakkaiden sekä maakuntien asukkaiden mahdollisuuksia saada perustuslain takamaa oikeusturvaa heitä itseään koskeviin linjauksiin. Yhdistettynä siihen, että yksittäisellä asiakkaalla/potilaalla ei ole valitusoikeutta asiakassuunnitelman sisällöstä taikka puutteellisesta toteuttamisesta, johtaa uudistus mielestäni ongelmalliseen tilanteeseen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarvitsevia asiakkaiden/potilaiden oikeusturvan kannalta.

Perustuslakivaliokunta on valinnanvapauslakiesityksestä antamassaan lausunnossa PeVL 15/2018 vp. todennut esitykseen sisältyvän runsaasti ongelmia perustuslain 10 §:ssä turvatun yksityiselämän suojan kannalta. Luottamuksellisen tiedonvaihdon turvaaminen potilaan ja häntä hoitavan terveydenhuollon ammattihenkilön välillä kuuluu yksityiselämän suojan ydinalueeseen (Ks. tarkemmin Lehtonen L. Potilaan yksityisyyden suoja, Suomalainen Lakimiesyhdistys 2001, s. 206-208). Perustuslain lisäksi terveydentilatietojen salassapitoa turvaavat Euroopan ihmisoikeussopimuksen 8 artiklan säännös yksityiselämän suojasta sekä tietosuojasopimuksessa ja Euroopan unionin yleisessä tietosuojasetuksessa asetettu arkaluonteisten henkilötietojen käsittelykielto, joista voidaan toki poiketa silloin,

kun poikkeukset ovat välttämättömiä demokraattisessa yhteiskunnassa (esim. tartuntataudeista ilmoittaminen yms.). Tietosuojasopimus asettaa lisäksi yleiset tietosuojaperiaatteet, joita sopimusvaltiot ovat sitoutuneet noudattamaan. Mainitut tietosuojaperiaatteet on otettu osaksi tietosuoja-asetuksen 5 artiklaa.

Perusongelma korjatussakin valinnanvapauslakiesityksessä on, että se ei pyri maksimoimaan perustuslain 10 §:n mukaista yksityiselämän suojaa ja minimoimaan arkaluonteisten henkilötietojen käsittelyä, mitä julkiselle vallalle perustuslain 22 §:ssä asetettu perusoikeuksien edistämismäärä edellyttäisi. Olen edellä kuvannut yksittäisiin valinnanvapauslakiesityksen pykäliin liittyviä ongelmia. Monet ongelmista liittyvät kuitenkin yleisemmin sote-uudistuksessa hyödynnettäviin ”valtakunnallisiin palveluihin” sekä erillislakeihin, joita ei käsitykseni mukaan ole saatettu vastaamaan tietosuoja-asetuksen vaatimuksia. Tilanteen ongelmallisuutta Suomea velvoittavien ihmisoikeussopimusten ja tietosuoja-asetuksen vaatimusten kanssa lisää se, että useissa käsiteltävänä tai valmisteltavina olevissa hallituksen esityksissä pikemminkin pyritään lisäämään arkaluonteisten tietojen käyttöä (esim. ns. toisiolaki, HE 159/2017 vp.), kuin toteuttamaan GDPR:n velvoitteita henkilötietojen käyttötarkoitussidonnaisuuden kunnioittamisesta ja henkilötietojen käsittelyn minimoinnista.

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto

Liite 1: Pihlava M ym. Sote-kartta muuttuu ilman lakiakin, Suomen Lääkärilehti 2018:23,1464-1469.