Geradin Partners

17.9.2026

Sote-palveluiden järjestäjän ja tuottajan roolien selkeyttämisen ja eriyttämisen oikeudelliset reuna-ehdot ja käytännön mahdollisuudet

Oikeudellinen selvitys

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO 4

2. SOTE-PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISTÄ JA TUOTANTOA KOSKEVAN SÄÄNTELYN NYKYTILA JA NYKYTILAN KESKEISET ONGELMAT 4

2.1 Tiivis kuvaus sääntelyn nykytilasta 4

2.1.1 Hyvinvointialuelaki 4

2.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettu laki 6

2.1.3 Huomioita muusta merkityksellisestä sääntelystä 8

2.2 Nykytilassa tunnistetut keskeiset ongelmat 10

2.3 Selvityksen kannalta merkitykselliseen sääntelyyn ehdotetut muutokset 12

3. VALTIOSÄÄNTÖ- JA EU-OIKEUDELLISET REUNAEHDOT 14

3.1 Perustuslain asettamat vaatimukset sote-palveluiden järjestämiselle 14

3.1.1 Perustuslain 19 § 3 momentti 14

3.1.2 Perustuslain 124 § 19

3.1.3 Yhteenvetoa valtiosääntöoikeudellisista reunaehdoista 25

3.2 EU-oikeudesta seuraavat oikeudelliset reunaehdot 28

3.2.1 Yleisesti EU-oikeuden merkityksestä sote-palveluista säädettäessä 28

3.2.2 Valtiontukisääntely 29

3.2.3 Julkisia hankintoja koskeva sääntely 31

3.2.4 Yhteenvetoa EU-oikeudellisista reunaehdoista 32

4. POHJOISMAINEN VERTAILU 33

4.1 Ruotsi 33

4.2 Norja 36

4.3 Tanska 38

4.4 Yhteenvetoa pohjoimaisesta vertailusta 38

5. MAHDOLLISUUDET JÄRJESTÄJÄN JA TUOTTAJAN ROOLIEN NYKYISTÄ SELVÄPIIRTEISEMMÄLLE EROTTELULLE SUOMEN SOTE-JÄRJESTELMÄSSÄ 39

5.1 Perustuslain 19 §:n tulkinta sekä rajoitteet ja mahdollisuudet 39

5.2 Perustuslain 124 §:n asettamat vaatimukset 43

6. YHTEENVETO JA SUOSITUKSET 45

TIIVISTELMÄ

Selvityksessä arvioidaan, miten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjän ja tuottajan roolit voitaisiin erottaa nykyistä selkeämmin toisistaan perustuslain ja Euroopan unionin oikeuden asettamissa rajoissa. Arvioinnissa on otettu huomioon myös pohjoismainen vertailu. Selvityksen perusteella järjestämisen ja palvelutuotannon nykyistä johdonmukaisempi eriyttäminen on oikeudellisesti mahdollista, eikä se vaatisi mittavia lainsäädännöllisiä muutoksia. Perustuslaki tai EU-oikeus eivät edellytä mitään tiettyä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen ja tuottamisen mallia, vaan lainsäätäjällä on laaja harkintavalta valita tarkoituksenmukainen rakenne. Olennaista on, että julkinen valta kykenee kaikissa tilanteissa turvaamaan riittävät ja yhdenvertaiset palvelut.

Yksityisellä sektorilla on merkittävä rooli sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamisessa ilman, että julkisen vallan turvaamisroolin toteutuminen palvelujärjestelmän käytännön toiminnassa olisi tähän asti kyseenalaistunut. Vuonna 2024 yksityisen tuotannon osuus julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa oli 10 % ja sosiaalipalveluissa 43 %. THL:n sote-henkilöstötilastojen mukaan terveydenhuollon henkilöstöstä 27 % työskenteli yrityksissä ja järjestöissä ja sosiaalihuollon henkilöstöstä puolestaan 49 %. Yksityisten ja julkisten tuottajien tuotantoon perustuva monituottajamalli onkin käytännössä todellisuutta. Varsinkin sosiaalipalveluissa palveluiden tuottaminen on laajasti riippuvaista yksityisestä tuotannosta eikä lainsäädäntö ole ollut esteenä monituottajamallille. Käytännön tasolla monituottajuus toimii täten ilman perustuslaillisia ongelmia.

Perustuslaki mahdollistaa jo monituottajamallin, jossa palveluita voivat tuottaa julkisten toimijoiden ohella laajastikin yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat. Selvityksen perusteella perustuslakia ja perustuslakivaliokunnan käytäntöä on kuitenkin sote-uudistuksen jälkeen osin tulkittu liian yleispiirteisesti, mihin perustuslakivaliokunta itse on kiinnittänyt huomiota. Perustuslakivaliokunnan kannanottoja onkin arvioitava niiden asiayhteydessä ja osana valiokunnan tulkintakäytännön kokonaisuutta. Valiokunta on viimeaikaisessa käytännössään edellyttänyt aiempaa analyyttisempaa ja yksityiskohtaisempaa erittelyä siitä, mitkä tehtävät ovat perustuslain 124 §:ssä tarkoitettuja julkisia hallintotehtäviä.

Käytännössä järjestäjän ja tuottajan roolit ovat kuitenkin etenkin julkisen sektorin omassa tuotannossa osin sekoittuneet. Keskeisiä ongelmia ovat puutteelliset kustannus- ja vertailutiedot eri tuotantotavoista, tiedolla johtamisen rajoittuneisuus sekä epäselvyydet viranomaistehtävien ja varsinaisen palvelutuotannon välisessä rajanvedossa. Tämä vaikeuttaa hyvinvointialueiden strategista ohjausta, heikentää kustannustehokkuutta ja kaventaa mahdollisuuksia arvioida eri tuotantotapojen laatua, vaikuttavuutta ja taloudellisuutta. Samalla järjestelmä menettää kykyään hyödyntää monituottajamallin keskeisiä vahvuuksia, kuten eri toimijoiden osaamisen vertailua, keskinäistä oppimista, innovaatioiden leviämistä ja yhteiskehittämistä palveluntuottajien ja asiakkaiden kanssa.

Muissa Pohjoismaissa ei ole asetettu perustuslaillista vaatimusta siitä, että julkisella järjestäjällä tulisi olla tietyn laajuinen oma palvelutuotanto. Yleensäkin perustuslain säännökset ja niiden tulkinta ovat jättäneet muissa Pohjoismaissa enemmän tilaa lainsäätäjän harkinnalle, eikä lainsäätäjän harkintavallan laajuus ole aiheuttanut perustuslaillisia kiistoja. Ruotsin valinnanvapausjärjestelmä ja Norjan yleislääkärijärjestelmä osoittavat, että laajamittainenkin yksityinen palvelutuotanto voi toimia julkisen järjestämisvastuun alaisena ilman, että se heikentäisi yhteiskunnallisen kontrollin edellytyksiä. Monituottajuus toimii muissa Pohjoismaissa hyvin ilman, että siihen liitettäisiin perustuslaillisia kysymyksiä.

Selvityksen perusteella järjestäjän ja tuottajan rooleja voidaan ja olisi perusteltua selkeyttää lainsäädännössä sekä käytännön rakenteissa. Keskeistä on vahvistaa hyvinvointialueiden järjestäjäosaamista sekä kehittää kustannusten, laadun ja vaikuttavuuden vertailukelpoista seurantaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa olisi perusteltua täsmentää järjestämisvastuun sisältöä erityisesti ohjauksen, seurannan ja valvonnan osalta. Samalla järjestäminen ja tuotanto olisi mahdollista erottaa nykyistä johdonmukaisemmin myös organisatorisesti sekä erityisesti toiminnallisesti. Tämä vahvistaisi hyvinvointialueiden kykyä toimia aidosti palveluiden järjestäjinä ja ohjaajina monituottajamallissa sen sijaan, että niiden rooli painottuisi oman tuotannon hallinnointiin.

1. JOHDANTO

Tässä selvityksessä arvioidaan oikeudellisia edellytyksiä erottaa julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden (**sote-palvelut**) järjestämistä ja tuottamista koskevat tehtäväkokonaisuudet nykyistä selväpiirteisemmin toisistaan kyseisiin palveluihin sovellettavassa lainsäädännössä. Tarkastelun painopiste on erityisesti niissä oikeudellisissa reunaehdoissa, joita kansallinen perustuslaki, sen tulkinta sekä soveltuva EU-oikeus asettavat sote-palveluita koskevan lainsäädännön kehittämiselle edellä kuvatulla tavalla. Selvityksessä tarkastellaan myös järjestäjän ja tuottajan roolien nykyistä selväpiirteisemmän erottelun puolesta puhuvia tekijöitä sekä esitetään alustavia huomioita siitä, miten kyseinen erottelu olisi käytännössä toteutettavissa. Selvitykseen sisältyy myös oikeusvertaileva osuus, jossa tarkastellaan oikeustilaa muissa Pohjoismaissa erityisesti mitä tulee sote-palveluiden järjestämistä ja tuottamista koskevien roolien erottamiseen toisistaan soveltuvassa kansallisessa lainsäädännössä.

2. SOTE-PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISTÄ JA TUOTANTOA KOSKEVAN SÄÄNTELYN NYKYTILA JA NYKYTILAN KESKEISET ONGELMAT

2.1 Tiivis kuvaus sääntelyn nykytilasta

Suomen julkinen terveydenhuoltojärjestelmä on viime vuosien aikana käynyt läpi perusteellisen rakenteellisen uudistuksen, joka astui voimaan 1. tammikuuta 2023. Uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu siirtyi 309 kunnalta ja kuntayhtymiltä 21 hyvinvointialueelle sekä Helsingin kaupungille. Lisäksi HUS-yhtymä vastaa erikseen säädetyistä vaativista erikoissairaanhoidon tehtävistä ja toimii näiltä osin palveluiden järjestäjänä.

2.1.1 Hyvinvointialuelaki

Hyvinvointialueen **järjestämisvastuun** sisällöstä säädetään yleisesti hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021, jäljempänä ”**hyvinvointialuelaki**”) 7 §:ssä. Mainitun lainkohdan 1 momentin mukaan hyvinvointialue vastaa sille lailla säädettyjen tehtävien hoitamisesta, hyvinvointialueen asukkaan laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta ja palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta sekä järjestettävien palvelujen ja muiden toimenpiteiden 1) yhdenvertaisesta saatavuudesta, 2) tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä, 3) tuottamistavan valinnasta, 4) tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta sekä 5) viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä.

Hyvinvointialuelain 7 §:n 2 momentin mukaan hyvinvointialue voi hoitaa tehtävät itse tai sopia järjestämisvastuun siirtämisestä toiselle hyvinvointialueelle. Lisäksi hyvinvointialueiden tehtävien järjestäminen voidaan koota yhdelle tai useammalle hyvinvointialueelle, jos se on välttämätöntä palvelujen laadun ja saatavuuden parantamiseksi, riittävien henkilöstö- ja muiden voimavarojen tai tehtävässä tarvittavan erityisasiantuntemuksen turvaamiseksi taikka muusta vastaavasta ja perustellusta syystä. Hyvinvointialuelain 7 §:n 3 momentin mukaan hyvinvointialue vastaa tehtäviensä rahoituksesta, vaikka järjestämisvastuu on siirretty toiselle hyvinvointialueelle tai tehtävien hoitamisesta vastaa lain nojalla toinen hyvinvointialue.

Hyvinvointialuelain 7 § on perussäännös palveluiden järjestämisvastuun sisällöstä yleisesti. Hyvinvointialuelain valmistelussa on käytetty esikuvana kuntalakia.[1] Hyvinvointialuelain 7 §:ssä tarkoituksena on ollut säätää hyvinvointialueen järjestämisvastuusta kuntalain (410/2015) järjestämisvastuuta koskevia säännöksiä osittain vastaavalla tavalla.[2][3]

Kuntalakiin verrattuna hyvinvointialuelain 7 §:ssä korostuu asiakkaiden oikeuksista huolehtiminen. Järjestämisvastuussa oleva hyvinvointialue vastaa ensinnäkin tehtävän ja siihen liittyvien velvoitteiden hoitamisesta. Järjestämisvastuussa oleva hyvinvointialue vastaa myös asukkaan laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta, jolla viitataan erityisesti asiakkaiden perusoikeuksien toteutumiseen. Erityisenä piirteenä hyvinvointialueen järjestämisvastuussa on, että hyvinvointialue vastaa myös asukkaan palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta. Hyvinvointialueella on aina vastuu esimerkiksi asiakkaan palveluketjujen toimivuudesta myös niissä tilanteissa, joissa jokin osa palvelusta järjestettäisiin muun hyvinvointialueen toimesta tai sen tuottaa yksityinen palvelun tuottaja.[4]

Hyvinvointialuelain 7 §:n perusteluissa nimenomaisesti todetaan palveluiden monituottajuus. Järjestämisvastuuseen kuuluu vastuu tehtävän järjestämisen edellyttämien palvelujen ja muiden toimenpiteiden tuottamistavan valinnasta. **Järjestämisvastuu itsessään ei määritä sitä, miten palvelut pitää tuottaa**. Tuotantotavasta päättäminen käsittää sen, tuotetaanko palvelu itse tai hyvinvointialueiden yhteistoiminnassa, vai hankitaanko se sopimusten perusteella muualta.[5]

Monituottajuus sinänsä ei ole uusi ilmiö. Se on ollut osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän vakiintuneita toimintamalleja 2000-luvulla. Sosiaali- ja terveydenhuollon ollessa ennen sote-uudistusta kuntien järjestämisvastuulla olivat sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisulkoistukset monilla alueilla hyödynnetty tapa järjestää palveluja. Kuntia koskevan lainsäädännön tulkinta mahdollisti kokonaisulkoistuksetkin ilman, että niiden toteuttaminen olisi edellyttänyt nykyisen kaltaista perustuslaillista arviointia julkisen vallan turvaamisvelvoitteen tai julkisen oman palvelutuotannon vähimmäistason näkökulmasta. Nämä kysymykset nousivat keskeiseen asemaan vasta hyvinvointialueuudistuksen valmistelun yhteydessä. Taustalla olivat erityisesti pääministeri Juha Sipilän hallituksen sote-uudistukseen sisältynyttä laajaa valinnanvapausmallia ja laajamittaista yhtiöittämistä koskeneet huolet. Sote-uudistusta käsitellään tässä selvityksessä tarkemmin jäljempänä. Hyvinvointialuelain säännökset ovat yhdistelmä

[1] Hallituksen esitys 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, s. 191.

[2] HE 241/2020 vp, s. 517.

[3] Kuntalain 8 §:n 2 momentissa säädetään, että tehtävien hoidosta järjestämisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä vastaa järjestettävien palvelujen ja muiden toimenpiteiden: 1) yhdenvertaisesta saatavuudesta; 2) tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä; 3) tuottamistavasta; 4) tuottamisen valvonnasta ja 5) viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä. Kuntalain 8 §:n 3 momentin mukaan kunta vastaa tehtäviensä rahoituksesta, vaikka järjestämisvastuu on siirretty toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle. Kuntalain järjestämisvastuuta koskevien säännösten tarkoituksena oli selkeyttää sitä, miten päätösvalta jakautuu ja vastuunjako määräytyy kunnan viranomaisten ja palvelun tuottajan välillä, jos kunta hankkii palveluja yksityiseltä tuottajalta.

[4] HE 241/2020 vp, s. 517–518.

[5] HE 241/2020 vp, s. 518.

kuntalain järjestämisvastuuta ja tuottamista koskevia säännöksiä ja sote-uudistuksessa omaksuttuja hyvinvointialueita koskevia erityisiä ratkaisuja.

Hyvinvointialuelain 7 §:n 1 momentin 1–4 kohdissa ja palveluiden yhteensovittamisen varmistamisessa on pääosin kysymyksessä järjestelmätason päätöksenteko palveluiden tarkemmasta määrittelemisestä ja palveluiden määriin varautumisesta sekä asukkaiden palvelutarpeiden tunnistamisesta. Hyvinvointialuelain 7 §:n 1 momentin 5 kohdassa on sen sijaan kyse yksilötason päätöksenteosta. Osana järjestämisvastuuta hyvinvointialue vastaa viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä. Lainkohdan perusteluiden mukaan näissä on pääosin kyse yksilöä koskevista oikeusharkintaisista asioista.[6] Viranomaistehtäviä ovat luonnollisesti myös luettelon 1–4 kohtia koskevat päätökset tuotantotavoista ja vastaavista seikoista.

Hyvinvointialuelain 7 §:n perusteella järjestämisvastuuseen kuuluu aina palveluiden ja toimintojen rahoitusvastuu. Hyvinvointialueen osalta tämä tarkoittaa sitä, että hyvinvointialueen on katettava yleiskatteellisella rahoituksellaan kaikki järjestämisvastuulleen kuuluvien palveluiden ja toimintojen kustannukset. Valtio rahoittaa lain hyvinvointialueiden rahoituksesta (617/2021) puitteissa hyvinvointialueiden toiminnan. Hyvinvointialueiden rahoituksesta yli 95 % tulee valtiolta hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain tai erityislainsäädännön mukaisena rahoituksena.

Hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen **tuottamisesta** säädetään puolestaan hyvinvointialuelain 9 §:ssä. Mainitun lainkohdan mukaan hyvinvointialue voi tuottaa järjestämisvastuulleen kuuluvat palvelut itse, yhteistoiminnassa muiden hyvinvointialueiden kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen muilta palvelujen tuottajilta, jollei lailla toisin säädetä.[7] Julkisen hallintotehtävän hyvinvointialue voi kuitenkin antaa muulle kuin viranomaiselle vain, jos siitä lailla erikseen säädetään. Tältä osin on olennaista huomioida, että 9 §:n 3 momentin mukaan **hyvinvointialueella säilyy järjestämisvastuu, vaikka se hankkii palveluja muulta palvelujen tuottajalta**. Palvelujen tuottajan vastuu palveluista määräytyy lisäksi sen mukaan, mitä hyvinvointialuelaissa tai muussa laissa säädetään, sekä mitä hyvinvointialue ja palvelujen tuottaja ovat vastuunjaosta sopineet.[8] Hyvinvointialuelain 9 §:n säännöskohtaisissa perusteluissa selostetaan, että perustuslain edellytykset huomioon ottaen yksityiseltä voidaan hankkia ainoastaan palveluja, joissa ei ole kytkentää julkisen vallan käyttöön tai julkisen hallintotehtävän hoitamiseen ja jotka eivät siten ole hyvinvointialueen viranomaistehtäviä.[9]

2.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettu laki

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettu laki (612/2021, ”**sote-järjestämislaki**”) täsmentää olennaisesti hyvinvointialueen järjestämisvastuun sisältöä sote-palveluiden osalta. Sote-järjestämislain 8 §:n 1 momentin mukaan hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Hyvinvointialue saa järjestää ja tuottaa itse sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja toisen hyvinvointialueen alueella vain toimiessaan yhteistyössä tai yhteistoiminnassa

[6] HE 241/2020 vp, s. 518.

[7] Palvelusetelin käytöstä säädetään 9 §:n 1 momentin mukaan erikseen.

[8] Hyvinvointialuelain 10 §:ssä säädetään lisäksi tuottamista koskevan vastuun toteuttamisesta ja sen valvonnasta.

[9] HE 241/2020 vp, s. 520.

kyseisen hyvinvointialueen kanssa siten kuin hyvinvointialuelain 6 tai 9 §:ssä tai 8 luvussa taikka sote-järjestämislain 9 §:ssä tai 5 luvussa säädetään. Muiden kuin hyvinvointialueen asukkaiden oikeudesta saada hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja säädetään erikseen.

Sote-järjestämislain 8 §:n 2 momentin mukaan **hyvinvointialueella on oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen on huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa.** Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella on oltava palveluksessaan **toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä hallinnollinen ja muu henkilöstö, hallinnassaan asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset**. Lisäksi hyvinvointialueella on oltava **järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto**. Edelleen pykälän 3 momentin mukaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa on oltava monialaista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaiden ja turvallisten palvelujen kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintakäytäntöjen kehittämistä. Näiden hyvinvointialueeseen kohdistuvien velvoitteiden sisältöä on edelleen tarkennettu sote-järjestämislain esitöissä.[10]

Hyvinvointialueen edellytyksistä hankkia järjestämisvastuulleen kuuluvia palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta säädetään sote-järjestämislain 3 luvun 12 §:ssä. Lainkohdan 1 momentin mukaan hyvinvointialue voi tuottaa asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä niiden käyttöön liittyvää muuta tukea hankkimalla niitä yksityiseltä palveluntuottajalta sopimukseen perustuen, **jos niiden hankkiminen yksityiseltä palveluntuottajalta on tarpeen tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi**. Hyvinvointialueen on huolehdittava hyvinvointialuelain 7 §:ssä ja sote-järjestämislain 8 §:ssä tarkoitetusta järjestämisvastuustaan sekä sen järjestämisvastuulle kuuluvien sote-palvelujen yhdenvertaisesta toteutumisesta myös palveluja hankkiessaan. **Hankittavien palvelujen on myös oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että hyvinvointialue pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta myös hankittavien palvelujen osalta**.[11]

Sote-järjestämislain 12 §:n 2 momentti sisältää lisäksi erityisen kiellon hyvinvointialueelle hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta 1) palveluja, joihin sisältyy julkisen vallan käyttöä, jollei lailla erikseen toisin säädetä, 2) sosiaalihuoltolain 15 §:ssä tarkoitettua yksilö- ja perhekohtaista sosiaalityötä tai 29 §:ssä tarkoitettua sosiaalipäivystystä, 3) terveydenhuoltolain 50 §:ssä tarkoitettuja kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluja lukuun ottamatta mainitun pykälän 2 momentissa tarkoitettua perusterveydenhuollon päivä- ja ilta-aikaista kiireellistä vastaanottotoimintaa tai 4) terveydenhuoltolain 40 §:ssä tarkoitettua ensihoitopalvelua lukuun ottamatta mainitun lain 40 §:n 1 momentin 1 ja 3 kohdassa tarkoitettuja palveluja ja 2 kohdassa tarkoitettua muuta palvelua kuin ensihoitopalvelun kokonaisvalmiuden ylläpitämistä eikä

[10] Erityisesti HE 241/2020 vp ja siinä 8 §:n yksityiskohtaiset perustelut, s. 668–674.

[11] Hyvinvointialue voi kuitenkin sote-järjestämislain 8 §:n 2 momentin estämättä hankkia kokonaisuudessaan lääketieteelliset tai hammaslääketieteelliset tukipalvelut sekä niihin liittyvän erityisosaamisen, jos se on tarpeen tukipalvelujen laadun, osaamisen ja kustannustehokkuuden turvaamiseksi.

ensihoitopalvelusta vastaavan lääkärin tai kenttäjohtajan tehtäviä, jotka on hoidettava kaikilta osin virkasuhteessa.

Sote-järjestämislain 12 §:n 3 momentin mukaan **hyvinvointialueen on vastattava palvelutarpeen ja hoidon tarpeen arvioinnista hankkiessaan palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta**. Tästä lähtökohdasta huolimatta hyvinvointialue voi hankkiessaan perusterveydenhuollon palveluja antaa yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi, osana asiakkaille annettavaa hoitoa, asiakkaan lääketieteellisen tai hammaslääketieteellisen hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisujen tekemisen, hoitosuunnitelman laatimisen sekä lähetteen laatimisen erikoissairaanhoitoon. Sama koskee perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavissa olevia ja niihin kiinteästi liittyviä erikoissairaanhoidon palveluja, jotka eivät vaadi erikoissairaanhoidon sairaala- tai poliklinikkaolosuhteita ja joissa asiakkaan hoitovastuu säilyy perusterveydenhuollossa. Lisäksi hyvinvointialue voi arvioituaan asiakkaan hoidon tarpeen terveydenhuoltolain 52 §:n 1 momentissa tarkoitetulla tavalla ja otettuaan asiakkaan sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön sairaanhoitoa varten sekä laadittuaan alustavan hoitosuunnitelman kullekin lääketieteen tai hammaslääketieteen erikoisalalle antaa yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi kyseisellä erikoisalalla asiakkaan tarkemman hoidon tarpeen arvioinnin, hoitoratkaisujen tekemisen ja tarkemman hoitosuunnitelman laatimisen.

Sote-järjestämislain 12 §:n 5 momentissa on lisäksi erikseen täsmennetty, että [hyvinvointialueen] palveluhankinnat eivät saa olla ristiriidassa sote-järjestämislain 36 §:ssä tarkoitetun hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen, 39 §:ssä tarkoitetun kaksikielisten hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksen eivätkä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla annetun lain (jäljempänä ”**HUS-laki**”) 9 §:ssä tarkoitetun HUS-järjestämissopimuksen kanssa.

Edellä kuvatun 12 §:n lisäksi sote-järjestämislain 3 luku sisältää yksityiskohtaisemmat säännökset vuokratyövoiman ja yksityiseltä palveluntuottajalta hankittavan työvoiman käytöstä (13 §), yksityiseen palveluntuottajaan soveltuvista vaatimuksista (14 §), hankittavien palveluiden sopimusehdoista ja varautumisesta sopimuksen päättymiseen (15 §), palvelujen hankintaa koskevan päätöksen perustelemisesta (16 §), yksityisen palveluntuottajan alihankinnasta ja alihankinnan ketjuttamisesta (17 ja 17 a §), yksityisen palveluntuottajan velvollisuuksista (18 §), hallinnon yleislakien soveltamisesta yksityisen palveluntuottajan toimintaan (19 §) sekä rikosoikeudellisesta virkavastuusta ja vahingonkorvausvastuusta tuotettaessa palveluja hyvinvointialueelle (20 §). Huomionarvoista on tältä osin muun ohella, että sote-järjestämislain 16 §:n mukaan soveltuvien hankinta- ja hallinto-oikeudellisten vaatimusten lisäksi hyvinvointialueen palvelujen hankkimista koskevassa hankintapäätöksessä on ilmettävä perustelut siitä, että palvelujen hankinnalle on olemassa 12 §:ssä tarkoitetut edellytykset sekä siitä, kuinka hyvinvointialue kykenee toteuttamaan 8 §:ssä säädetyn järjestämisvastuunsa palveluita hankkiessaan. Lisäksi perusteluista on ilmettävä, miten hyvinvointialue on huolehtinut 15 §:ssä tarkoitetuista velvoitteistaan.

2.1.3 Huomioita muusta merkityksellisestä sääntelystä

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä säädetään hyvinvointialuelain ja sote-järjestämislain lisäksi lukuisissa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa substanssilaeissa. Nämä säännökset ovat käytännössä hyvinkin merkittäviä sille, minkälaista sisältöä hyvinvointialuelain ja

sote-järjestämislain mukainen yleinen järjestelmä saa. Merkityksellisiä ovat esimerkiksi terveydenhuoltolain 51 §:n ja 52 §:ien säännökset kiireellisestä ja kiireettömästä hoidosta sekä hoidon tarpeen arvioinnista. Terveydenhuoltolain 51 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, mitä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä koskevissa 51 a ja 51 b §:ssä säädetään hoitoon pääsyn enimmäisajoista, kun 51 §:n mukaisessa arviossa on todettu tarve hoidolle. Terveydenhuoltolain 52 §:ssä puolestaan säädetään erikoissairaanhoitoon pääsystä. Pykälän 1 momentin mukaan hyvinvointialue vastaa siitä, että sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein.

Edellä mainittuun sääntelyyn liittyy järjestäjän ja tuottajan roolien kannalta merkityksellisiä perustuslain tulkintakysymyksiä. Sote-järjestämislain 12 §:n 3 momenttia muutettiin perustuslakivaliokunnan lausunnon perusteella eduskuntakäsittelyssä. Hallituksen esityksessä ehdotettiin, että lähetteen perusteella tehtävän terveydenhuoltolain 52 §:ssä tarkoitetun ratkaisun asiakkaan ottamisesta sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön sairaanhoitoa varten ja siihen liittyvän hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut sekä sairaalaan otetun asiakkaan erikoissairaanhoidon palvelujen antamiseen liittyvän hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut tekee virkasuhteessa oleva lääkäri tai hammaslääkäri.[12] Perustuslakivaliokunta piti julkiselle vallalle perustuslain 19 §:n 3 momentissa osoitetun turvaamisvelvollisuuden ja myös hyvinvointialueiden järjestämistehtävän asianmukaisen hoidon kannalta sinänsä perusteltuna, että julkisen vallan vastuulle kuuluu erikoissairaanhoitoon pääsyä koskeva palvelutarpeen arviointi, mutta hoitoratkaisujen tekemisessä on kyse ennen muuta lääketieteellisestä arviosta. Perustuslakivaliokunta piti hallituksen esityksessä ehdotettua väljempääkin sääntelyä yksityisen palveluntuottajan oikeudesta tehdä palvelutarpeen arviointia perustuslain kannalta mahdollisena.[13]

Sosiaali- ja terveysvaliokunta arvioi mietinnössään, että erikoissairaanhoitoon ottamiseen liittyy merkittäviä ratkaisuja asiakkaan oikeudesta saada julkisin varoin maksettavaa hoitoa, jonka antamisen on tapahduttava yhdenvertaisin perustein. Kyseessä on hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteuttaminen, missä puolestaan ei ole kysymys vain yksittäisten potilaiden hoitoratkaisuista, vaan vastuusta turvata hyvinvointialueen kaikille asukkaille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut yhdenvertaisesti ja vastuusta huolehtia resurssien riittävyydestä. Säilyttämällä hyvinvointialueella ns. portinvartijan rooli erikoissairaanhoitoon ottamisessa voidaan koko hyvinvointialueella järjestäjän ohjauksessa varmistaa potilaiden yhdenvertaisuus erikoissairaanhoitoon pääsyssä sekä julkisen terveydenhuollon palveluvalikoiman, hoitosuositusten ja hoidonporrastuksen toteutumisessa. Lisäksi turvataan hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteutuminen ja riittävä oma osaaminen kaikilla hyvinvointialueen järjestämillä lääketieteen erikoisaloilla, mikä puolestaan on elintärkeää muun muassa ympärivuorokautisen päivystyksen turvaamisessa. Muun muassa perustuslakivaliokunnan lausuntoon viitaten sosiaali- ja terveysvaliokunta kuitenkin piti perusteltuna muuttaa sääntelyä siten, että potilaan sairaalaan

[12] HE 241/2020 vp, s. 691–692.

[13] PeVL 17/2021 vp, kappale 84.

ottaminen, siihen liittyvä erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi ja alustavan hoitosuunnitelman laatiminen ovat hyvinvointialueen vastuulla, mutta mainittuja tehtäviä ei määriteltäisi virkalääkärin tehtäviksi. Näitä tehtäviä hyvinvointialue ei voi antaa yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi. Viime kädessä hyvinvointialueella näistä tehtävistä vastaa terveydenhuoltolain 57 §:n mukaan vastaava lääkäri, jolla tulee olla riittävä henkilöstö vastuunsa kantamisen tueksi.[14]

2.2 Nykytilassa tunnistetut keskeiset ongelmat

Edellä kuvatusti jo voimassa oleva hyvinvointialueita ja julkisia sote-palveluja koskeva lainsäädäntö sisältää palvelujen järjestämisvastuun ja tuottamisen käsitteellisen erottelun toisistaan. Sääntely myös mahdollistaa palveluiden tuottamisen myös muiden kuin palveluista järjestämisvastuussa olevan hyvinvointialueen, kuten yksityisten palveluntuottajien, toimesta, joskin tähän mahdollisuuteen kohdistuu erityisesti sote-järjestämislain edellä kuvatussa sääntelyssä merkittäviä rajoituksia.

Monituottajamallissa ei ole julkiselle vallalle kuuluvan perusoikeuksien turvaamisvelvoitteen näkökulmasta havaittu merkittäviä perustuslaillisia ongelmia käytännön tasolla. Yksityisen sektorin, johon voidaan lukea myös järjestöjen tuottamat palvelut, tuotanto ei ole esteenä perustuslain 19 §:n 3 momentin toteuttamiselle. Perustuslain 19 §:n 3 momentin toteuttaminen päinvastoin käytännössä edellyttää monituottajamallin tehokasta hyödyntämistä. Yksityisellä sektorilla onkin rooli julkisen terveydenhuollon palveluiden ja huomattavan merkittävä rooli sosiaalihuollon palveluiden tuottamisessa.

Tästä kertovat myös palvelutuotantoa koskevat tilastot. Vuonna 2024 yksityisen tuotannon osuus julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa oli 10 % ja sosiaalipalveluissa 43 %.[15] THL:n sote-henkilöstötilastojen mukaan terveydenhuollon henkilöstöstä 27 % työskenteli yrityksissä ja järjestöissä ja sosiaalihuollon henkilöstöstä 49 %. Yksityisten ja julkisten tuottajien tuotantoon perustuva monituottajamalli on siten käytännössä todellisuutta. Varsinkin sosiaalipalveluissa palveluiden tuottaminen on laajasti riippuvaista yksityisestä tuotannosta. Lainsäädäntö ei ole ollut yleisenä esteenä monituottajamallille.

Julkisen vallan turvaamisroolin toteutuminen palvelujärjestelmän käytännön toiminnassa ei ole tähän asti käytännön tasolla kyseenalaistunut monituottajamallin hyödyntämisen seurauksena. Kysymys nykytilan ongelmista onkin, onko perustuslain ja EU-oikeuden tulkinnasta tai lainsäädännöstä johtuvia esteitä sille, etteikö sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita voitaisi järjestää ja tuottaa nykyistä vaikuttavammalla ja kustannustehokkaammalla tavalla. Vaikuttava ja kustannustehokas järjestäminen ja tuottaminen käytännössä edellyttää, että monituottajamallia voidaan tehokkaasti hyödyntää ja palvelujärjestelmän toimintaa ohjata ja johtaa. Järjestelmän mahdollisiin ongelmakohtiin kuuluukin, onko sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ja rakenteissa riittäviä kannusteita seurata, arvioida ja kehittää vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta ja tuottavuutta.

Voimassa olevalle sote-palveluja koskevalle lainsäädännölle on leimallista **palveluiden järjestämistä ja tuottamista koskevien roolien osittainen sekoittuminen toisiinsa**. Selkeimmin

[14] StVM 16/2021vp s. 37–38.

[15] Valor Partnersin terveyspalveluiden raportti (2026), s. 25. Raportissa myös hyvinvointialueiden in house-yhtiöt on laskettu osaksi julkista tuotantoa.

tämä ilmenee sote-järjestämislain vaatimuksessa hyvinvointialueen riittävästä omasta palvelutuotannosta, joka heijastuu myös rajoituksiin koskien palveluiden hankintaa yksityisiltä palveluntuottajilta. Kyseisten rajoitusten tarpeellisuutta on nykyistä lainsäädäntöä säädettäessä perusteltu ennen kaikkea perustuslain reunaehdoilla mitä tulee julkisen vallan velvollisuuteen turvata riittävät sote-palvelut sekä toisaalta edellytyksillä antaa julkinen hallintotehtävä muun kuin viranomaisen hoidettavaksi. Jäljempänä kuvatusti on kuitenkin perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännön valossa kyseenalaista, ovatko yksityisiltä palveluntuottajilta tehtäviin palveluhankintoihin kohdistuvat rajoitukset kaikilta osin välttämättömiä. Oman tuotannon painottaminen sekä järjestämisen ja tuottamisen sekoittuminen lainsäädännössä ovat omiaan vähentämään kannustimia kustannusvaikuttavuuden ja tuottavuuden systemaattiseen johtamiseen ja kehittämiseen.

Järjestäjän ja tuottajan roolien eriytymättömyyteen käytännön tasolla ovat vaikuttaneet **sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen painotukset**. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhtenä keskeisenä sisältönä oli vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integraatiota. Integraation ajateltiin toteutuvan helpommin, jos palveluiden tuotanto ja myös järjestäminen ovat samassa organisaatiossa. Tämä ajattelumalli ilmenee sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnöstä.[16] Palveluiden integraatioon liittyi myös ajattelutapa tuotannon näkökulman ensisijaisuudesta, jossa potilaan ja asiakkaan ympärille ryhmitetään tarvittavat asiantuntijat. Erillinen järjestämistoiminto nähtiin jo ajatuksellisesti osassa integraatiota koskevaa ajattelua tilaaja – tuottaja -byrokratiaa tuottavaksi hallinnolliseksi rasitteeksi.

Merkittävä este sille, että jo nykylainsäädäntöön sinänsä sisältyvä palveluiden järjestäjän ja tuottajan roolien käsitteellinen ja toiminnallinen erottelu toteutuisi myös käytännössä, liittyy **palvelutuotannon kustannusten läpinäkymättömyyteen ja eri palvelutuotannon vaihtoehtoja koskevan kustannustiedon puutteeseen**. Tämä on osin seurausta siitä, että vastuu palveluiden järjestämisestä ja merkittäviltä osin myös niiden tuottamisesta sijoittuu samaan organisaatioon, ts. hyvinvointialueeseen. Tämä heikentää palvelutuotannon kustannusten läpinäkyvyyttä verrattuna tilanteeseen, jossa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen olisi eriytetty erillisiin organisaatioihin. Toisaalta järjestely saattaa myös heikentää kannustimia palvelutuotannon yksikkökustannusten systemaattiselle seurannalle ja vertailulle suhteessa vaihtoehtoisiin palvelutuotannon tapoihin, kun kyseiset vaihtoehtoiset tavat mielletään jo lähtökohtaisesti lähinnä järjestämisvastuullisen toimijan omaa palvelutuotantoa täydentäväksi toissijaiseksi vaihtoehdoksi. Nykytilan ongelmana on, että eri tuotantotapoja ei riittävän järjestelmällisesti vertailla eikä tähän tosiasiassa ole riittäviä kannustimia. Hyvinvointialueiden rahoituslaki ja sen sisältämä suhteellisen pehmeä budjettirajoite eivät, toisin kuin hallituksen esityksessä oletettiin, tarjoa tähän riittävästi kannustimia. Pikemminkin tosiasialliset kannustimet puoltavat oman toiminnan suosimista.

Palveluiden integraatiota osittain sivuava mutta enemmän perustuslain ja hyvinvointialuelain 7 §:n 1 momentin 5 kohdan tulkintaan liittyvä ongelmakohta on, **mitkä kaikki toiminnot ovat lainkohdassa tarkoitettuja viranomaistehtäviä**. Viranomaistehtävät ovat laajempi ja tavallisella lailla määriteltävä tehtäväryhmä kuin perustuslain 2 ja 124 §:ssä käytetyt julkisen vallan ja sen käytön käsitteet. Viranomaistehtävät lienevät tehtäväryhmänä ainakin jonkin verran

[16] StVM 16/2021 vp, s. 26. Mietinnössä todetaan muun muassa, että uudistuksessa toteutettava palvelurakenne sisältää itsessään aidon kannusteen huolehtia asiakkaan palveluista tarveperusteisesti, oikea-aikaisesti ja kustannusvaikuttavasti, kun yksi järjestäjä vastaa asiakkaan kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.

suppeampi kuin perustuslain 124 §:ssä tarkoitettu julkinen hallintotehtävä. Esimerkiksi kysymys siitä, missä määrin terveydenhuollon palvelutarpeen arviointi on suoraan perustuslain perusteella viranomaistehtävä, on ollut tulkinnanvaraista.[17]

Nykytilan arvioinnissa on myös olennaista huomioida, että nykyisellä tavalla järjestettynä sote-palvelujen saatavuudessa, asiakaslähtöisyydessä ja tuottavuudessa on runsaasti puutteita. Suomalaisten ehkäistävissä oleva kuolleisuus on OECD:n ja Euroopan komission kokoamien tietojen perusteella muita Pohjoismaita korkeampaa tasoa.[18] Tarkasteltu ehkäistävissä oleva kuolleisuus tarkoittaa alle 75-vuotiaiden kuolemia, jotka olisi voitu ehkäistä kansanterveydellisillä ja muilla ennaltaehkäisevillä toimilla. Tämä kertoo suomalaisen järjestelmän toiminnan kohdentumisesta. Hoidettavissa oleva kuolleisuus on samoin muita Pohjoismaita korkeampi. Hoidettavissa oleva kuolleisuus on yksi mittareista, joka osittain kertoo myös palvelujärjestelmän vaikuttavuudesta.

Hoitoon ja palveluihin pääsyssä on käytännössä ilmennyt pitkiä odotusaikoja ja vaikeuksia saada tarpeenmukaista palvelua riittävän ajoissa, mikä näkyy myös pohjoismaisissa vertailuissa. Ongelma ei rajoitu yksittäiseen palveluun, vaan se heijastuu laajemmin palveluketjujen toimivuuteen, asiakkaiden yhdenvertaiseen asemaan ja sote-järjestelmän kykyyn vastata palvelutarpeeseen oikea-aikaisesti ja kohdentaa toimintaa vaikuttavuuden perusteella. Samalla hyvinvointialueiden rahoitus- ja ohjausmalli painottaa vahvasti palvelutarvetta ja olosuhdetekijöitä, kun taas palvelujen saatavuuteen, vaikuttavuuteen ja suoriutumiseen liittyvät kannusteet jäävät suhteellisen vähäisiksi. Heikon saatavuuden lisäksi julkisten sote-palvelujen haasteena ovat heikko tuottavuus ja tuottavuuden alueelliset vaihtelut.

2.3 Selvityksen kannalta merkityksellisen sääntelyyn ehdotetut muutokset

Sosiaali- ja terveysministeriö toimitti 25.5.2026 lausuntokierrokselle luonnoksen hallituksen esitykseksi laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain ja terveydenhuoltolain 54 ja 57 §:n muuttamisesta.[19] Hallituksen esityksellä toteutetaan pääministeri Orpon hallitusohjelman kirjauksia monituottajuuteen liittyen ja sen tavoitteena on parantaa hyvinvointialueiden mahdollisuuksia toteuttaa järjestämisvastuunsa edellyttämä palvelujen tarkoituksenmukainen tuotantorakenne. Hallituksen esitysluonnoksessa ehdotetut lakimuutokset on ehdotettu tulemaan voimaan 1.1.2027. Toteutuessaan lainsäädäntömuutokset ovat merkityksellisiä myös tämän selvityksen kannalta.

Hallituksen esitysluonnoksessa ehdotetaan ensinnäkin muutettavaksi sote-järjestämislain 8 §:n 2 momentin säännöksiä hyvinvointialueen palveluksessa olevasta henkilöstöstä sekä hyvinvointialueen riittävästä omasta palvelutuotannosta. Erillinen ja nimenomainen vaatimus hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteuttamisen edellyttämästä **riittävästä omasta palvelutuotannosta** poistettaisiin. Toisaalta säännöstä täydennettäisiin vaatimuksella, jonka mukaan

[17] Marinin hallituksen sote-uudistusesityksestä perustuslakivaliokunnan lausunnon PeVL 17/2021 vp perusteella hallituksen esityksen tulkinnoissa määriteltiin viranomaistehtävät laajemmin kuin mitä perustuslaki edellytti. Kysymys oli erityisesti niin sanotun portinvartijan roolista julkisessa terveydenhuollossa, mikä tehtävä haluttiin tulkita perustuslain yhdenvertaisuusperiaatteen toteuttamisena ja tosiasiallisena päätöksenä julkisten varojen käyttämisestä. Ks. PeVL 17/2021 vp, kappale 84.

[18] Organization of Economic Coperation and Develoment OECD and European Commission, Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle (OECD Publishing 2024) 159, fig 6.2 https://doi.org/10.1787/b3704e14-en.

[19] https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposalId=d6829301-184e-46e6-b6c1-da0960c5253d

hyvinvointialueella on oltava **virkasuhteessa tarpeenmukainen henkilöstö julkista valtaa sisältäviä tehtäviä varten**.[20] Lisäksi 8 §:n 3 momentissa olevaa hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista koskevaa sääntelyä muutettaisiin siten, että säännöksessä edellytettäisiin hyvinvointialueen johtamisessa sekä sen toiminnan ohjauksessa ja valvonnassa olevan lääketieteen, sosiaalitieteiden ja hoitotieteen asiantuntemusta.

Hyvinvointialueen palveluhankintoja koskevaa 12 §:n 2 momenttia puolestaan ehdotetaan muutettavaksi lieventämällä päivystyksen hankinnan kieltoa. Jatkossa terveydenhuoltolain 50 §:n 6 momentissa mainitut hyvinvointialueet voisivat hankkia kyseisessä lainkohdassa tarkoitettuja ympärivuorokautisia perusterveydenhuollon ja rajatun erikoissairaanhoidon päivystyksen palveluja niille paikkakunnille, joissa mainitun 6 momentin mukaan saa ylläpitää tällaista päivystystä. Samalla 12 §:n 2 momenttiin lisättäisiin uusi 5 kohta koskien kieltoa hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta leikkaustoimintaa, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, elleivät terveydenhuoltolain 45 §:ssä säädetyt edellytykset täyty.

Hallituksen esitysluonnoksessa ehdotetaan lisäksi kumottavaksi kokonaisuudessaan sote-järjestämislain hoidon tarpeen arviointia koskeva 12 §:n 3 momentti. Palvelutarpeen arvioinnista sosiaalihuollon palveluja hankittaessa säädettäisiin jatkossa uudessa 12 a §:ssä ja hoidon tarpeen arvioinnista terveyspalveluja hankittaessa uudessa 12 b §:ssä. Muutos muuttaisi oikeustilaa lähinnä terveyspalvelujen hankintaa koskien.

Ehdotetun uuden 12 b §:n 1 momentin mukaan hyvinvointialue voisi osana terveyspalvelujen hankintaa antaa hoidon tarpeen arvioinnin, terveydenhuoltolain 52 §:ssä tarkoitetun lähetteen käsittelyn sekä päätöksenteon potilaaksi ottamisesta yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi. Yksityisen palveluntuottajan olisi tällöin noudatettava hyvinvointialueen antamia ohjeita ja määräyksiä 1) potilaan ottamisesta perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon, 2) hoidon porrastuksen periaatteista, 3) lähetteiden arviointiperusteista sekä 4) palveluvalikoimaa koskevien linjausten, yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteiden sekä muiden viranomaissuositusten ja -ohjeiden toimeenpanosta. Kyseisen muutoksen johdosta myös yksityiseltä hankittavien palveluiden sopimusehtoja koskevaa sote-järjestämislain 15 §:ää muutettaisiin lisäämällä sen 2 momenttiin uusi 2a kohta koskien em. velvoitteiden huomioimista sopimuksessa sekä hyvinvointialueen yksityiselle palveluntuottajalle tarjoamaa konsultaatiotukea hoidon tarpeen arviointia ja potilaaksi ottamista koskevissa päätöksentekotilanteissa.

Edellä mainittujen muutosten lisäksi hallituksen esitysluonnoksella muutettaisiin muun ohella terveydenhuoltolain 54 §:ää. Mainitun pykälän 1 momentissa velvoitetaan nykyisin hyvinvointialuetta järjestämään potilaan tarvitsema tutkimus, hoito tai kuntoutus tuottamalla se yhteistoiminnassa toisen hyvinvointialueen kanssa tai hankkimalla ne sopimukseen perustuen muilta palvelun tuottajilta tilanteessa, jossa hyvinvointialue ei voi itse tuottaa kyseistä palvelua terveydenhuoltolain 51 a–51 c, 52 tai 53 §:ssä säädetyissä enimmäisajoissa. Pykälän 2 momenttiin ehdotetulla muutoksella hyvinvointialuetta velvoitettaisiin jatkossa kertomaan potilaalle hänen oikeudestaan saada palvelu 1 momentissa tarkoitetulla tavalla muulla tavalla tuotettuna, jos

[20] Nykyisin sisällöllisesti vastaava säännös sisältyy terveydenhuoltolain 57 §:ään.

hyvinvointialue ei pysty itse tuottamaan palvelua enimmäisajassa. Muutoksen tarkoituksena on tehostaa 1 momentin mukaisen velvoitteen toteutumista.[21]

Toteutuessaan hallituksen esitysluonnoksessa ehdotetut muutokset todennäköisesti parantaisivat hyvinvointialueiden edellytyksiä palvelutuotannon mahdollisimman tarkoituksenmukaiseen järjestämiseen. Muutokset eivät kuitenkaan yksin ratkaise niitä edellä kuvattuja käytännön ongelmia, joita seuraa nykyisestä järjestäjän ja tuottajan roolien osittaisesta sekoittumisesta toisiinsa. Näihin ongelmiin puuttuminen edellyttäisikin lähtökohtaisesti järjestäjän ja tuottajan roolien nykyistä selväpiirteisempää erottelua soveltuvassa sääntelyssä. Tältä osin merkityksellistä valtiosääntö- ja EU-oikeudellista kehikkoa on kuvattu seuraavassa jaksossa.

3. VALTIOSÄÄNTÖ- JA EU-OIKEUDELLISET REUNAEHDOT

3.1 Perustuslain asettamat vaatimukset sote-palveluiden järjestämiselle

3.1.1 Perustuslain 19 § 3 momentti

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Kyseinen säännös on keskeinen arvioitaessa oikeudellisia edellytyksiä palveluiden järjestämisen ja tuottamisen roolien selkeyttämiselle ja nykyistä selväpiirteisemmälle erottamiselle toisistaan sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa.

Vuoden 1993 perusoikeusuudistuksen esitöissä on tuotu esiin, ettei julkisen vallan sosiaali- ja terveydenhuollon turvaamisvastuuta koskevassa säännöksessä määritellä palveluiden järjestämistapaa eikä se siten edellytä, että julkisyhteisöt itse huolehtisivat kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta. Toisaalta säännöksestä kuitenkin seuraa, että lainsäädännöllä on huolehdittava riittävien palvelujen turvaamisesta. Palvelujen riittävyyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.[22]

Eduskunnan perustuslakivaliokunta on arvioinut perustuslain 19 §:n 3 momentista seuraavia valtiosääntöoikeudellisia reunaehtoja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämistä ja tuotantoa koskevalle lainsäädännölle kattavasti sote-järjestelmän kokonaisuudistusta koskeneiden lakiesitysten eduskuntakäsittelyn yhteydessä.[23] Seuraavassa on kuvattu tiiviisti perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä esitettyjä tulkintoja perustuslain 19 §:n 3 momentin merkityksestä sote-palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta säädettäessä.

3.1.1.1 PeVL 67/2014 vp

Perustuslakivaliokunnan lausunto annettiin pääministeri Alexander Stubbin hallituksen valmisteleman sote-uudistuksen (HE 324/2014 vp) eduskuntakäsittelyn yhteydessä. Uudistuksessa

[21] Hallituksen esitysluonnoksessa esitetään lisäksi täsmennettäväksi huomattavasti terveydenhuoltolain 57 §:ään sisältyvää hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän vastaavaa lääkäriä koskevaa sääntelyä.

[22] HE 309/1993 vp, s. 13.

[23] Erityisesti valiokunnan lausunnot PeVL 67/2014 vp, PeVL 75/2014 vp, PeVL 26/2017 vp ja PeVL 2021 vp.

vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä olisi siirretty viidelle muodostettavalle sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymälle. Palveluiden tuottamisesta olisivat puolestaan vastanneet sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksessä määritellyt erilliset kuntayhtymät (enintään 19 kappaletta), jotka voisivat hankkia omaa palvelutuotantoaan täydentävästi palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. Ehdotus olisi näin tarkoittanut hyvin järjestelmällistä järjestäjän ja tuottajan erottelua. Vastuu palveluiden rahoittamisesta olisi säilynyt kunnilla.

Perustuslakivaliokunnan lausunnossa uutta hallintorakennetta arvioitiin erityisesti kansanvaltaisuutta ja yksilön osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia koskevien perustuslain 2 §:n ja 14 §:n sekä perustuslain kunnallista ja muuta alueellista itsehallintoa koskevan 121 §:n kannalta. Esityksen kokonaisarvioinnin perusteella valiokunta katsoi, ettei ehdotettu sääntely toteuttanut riittävällä tavalla mainituissa perustuslain säännöksissä edellytettyä kansanvaltaisuutta, mistä johtuen lakiesitystä ei voitu käsitellä tavallisen lain säätämisjärjestyksessä ilman merkittäviä muutoksia.[24]

Perustuslain 19 §:n 3 momentin ja tämän selvityksen kysymyksenasettelun kannalta huomionarvoista on, ettei valiokunnan lausunnosta ilmene, että palveluiden järjestämis- ja tuotantovastuun erottamisen toisistaan erillisille julkisen hallinnon organisaatioille olisi itsessään katsottu olevan ristiriidassa 19 §:n 3 momentin kanssa. Valtiosääntöoikeudellisesti ongelmalliseksi muodostui sen sijaan tapa, jolla tämä eriyttäminen oli lakiehdotuksessa esitetty toteutettavaksi ja erityisesti tästä seurannut kuntien sekä kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksien riittämättömyys suhteessa palveluista järjestämisvastuussa olevien kuntayhtymien päätöksentekoon.

3.1.1.2 PeVL 75/2014 vp

Sosiaali- ja terveysvaliokunta teki hallituksen esitykseen HE 324/2014 vp muutoksia, joiden tarkoituksena oli ottaa huomioon perustuslakivaliokunnan lausunnossa PeVL 67/2014 esitetyt valtiosääntöoikeudelliset huomautukset. Valiokunnan tekemillä muutoksilla hallituksen esitystä olisi muun ohella muutettu siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon perustaksi olisi otettu yksitasoinen kuntayhtymämalli, jossa palveluiden järjestämis- ja tuottamisvastuu olisi ollut sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymillä (enintään 19 kappaletta). Perustuslakivaliokunta arvioi lausunnossaan 75/2014 kyseisiä muutoksia ja katsoi, etteivät ehdotuksen perustelut ja valiokunnan saamat täydentävät selvitykset antaneet riittävää perustaa arvioida millaiset muutokset voisivat mahdollistaa ehdotuksen käsittelemisen tavallisen lain säätämisjärjestyksessä.

3.1.1.3 PeVL 26/2017 vp

Perustuslakivaliokunta arvioi lausunnossaan PeVL 26/2017 pääministeri Sipilän hallituksen sote-uudistusta (HE 15/2017 vp. ym.), joka poikkesi olennaisesti edeltävän hallituksen valmistelemasta uudistuksesta. Sipilän hallituksen sote-uudistuksessa Suomeen olisi muodostettu 18 itsehallinnollista maakuntaa, jotka olisivat vastanneet muun ohella sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä. Maakunnat olisi velvoitettu erottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja palveluiden tuottaminen toisistaan omassa toiminnassaan.

[24] PeVL 67/2014 vp., s. 8. Vastaavasti myös kuntien rahoitusvastuuta koskeva sääntely muodostui perustuslakivaliokunnan arvion mukaan kokonaisuutena arvioiden perustuslain 121 §:n 2 ja 3 momentin sekä perustuslain 6 §:n 1 momentin vastaiseksi eikä siten ollut sellaisenaan toteutettavissa tavallisen lain säätämisjärjestyksessä.

Lausunnossaan perustuslakivaliokunta arvioi ehdotettua lainsäädäntöä muun ohella perustuslain 19 §:n 3 momentin näkökulmasta. Keskeiseksi kysymykseksi muodostui tällöin erityisesti ehdotettuun valinnanvapauslainsäädäntöön (HE 47/2017 vp) sisältynyt maakunnan velvollisuus yhtiöittää ns. suoran valinnan palveluiden ja asiakassetelillä tuotettujen palveluiden tuotanto maakunnan liikelaitoksesta erilliseen yhtiöön tai muuhun yhteisöön ja vastaavasti maakuntaan kohdistunut kielto tuottaa kyseisiä palveluita. Perustuslakivaliokunta piti mainittua sääntelyä ongelmallisena erityisesti siksi, ettei se turvannut markkinapuutetilanteessa palveluja perustuslain kannalta riittävällä tavalla.[25] Lisäksi perutuslakivaliokunta piti esitystä ongelmallisena myös kansanvaltaisuuden kannalta, koska yhtiöittämisvelvoite valiokunnan mukaan siirsi sote-tehtävien tuottamisen kansanvaltaisen päätöksenteon ulottumattomiin.[26]

Hallituksen esityksessä yhtiöittämisvelvollisuutta oli perusteltu EU:n valtiontukisääntelyllä ja sillä, että valinnanvapausjärjestelmään siirtymisen myötä palveluiden tarjoaminen tulisi tapahtumaan kilpailuilla markkinoilla. Esityksessä pidettiin täten mahdollisena, että komissio katsoisi toiminnan olevan luonteeltaan taloudellista, jolloin siihen olisi sovellettava EU:n valtiontukisääntöjä.[27] Perustuslakivaliokunta katsoi kuitenkin lausunnossaan saamaansa asiantuntijaselvitykseen viitaten, ettei ehdotetusta valinnanvapausmallista esitettyjen perusteluiden valossa välttämättä seurannut ehdotetun kaltaista yhtiöittämisvelvollisuutta.[28] Valiokunta päätyi täten katsomaan, ettei perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen oikeuksien turvaamisen kannalta ongelmallista yhtiöittämisvelvoitetta oltu perusteltu riittävällä ja asianmukaisella tavalla.[29]

Perustuslakivaliokunta katsoikin lausunnossaan, ettei ehdotettu sääntely erityisesti palveluiden yhtiöittämisvelvollisuudesta ja valinnanvapauden toteuttamisaikataulusta johtuen turvannut perustuslain 6 §:n 1 ja 2 momentin, 19 §:n 3 momentin ja 22 §:n mukaisesti valtakunnallisesti yhdenvertaisella tavalla oikeutta riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Valiokunnan mukaan sääntelyä tuli muuttaa siten, että julkinen valta voi kaikissa tilanteissa taata sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävän toteutumisen yhdenvertaisesti. Valiokunnan mukaan maakuntaan kohdistuva kielto tuottaa itse suoran valinnan palveluja sekä asiakassetelillä tuotettavia palveluja sekä palvelutuotannon yhtiöittämisvelvollisuus oli täten poistettava lakiehdotuksesta. Nämä muutokset olivat edellytyksenä sille, että valinnanvapauslakiehdotus voitiin käsitellä tavallisen lain säätämisjärjestyksessä.[30]

[25] PeVL 26/2017 vp, s. 41.

[26] PeVL 26/2017b vp, s. 25. Kansanvaltaisuuden turvaaminen oli yksi keskeinen näkökohta myös kuntapohjaiselle mallille rakentuneen sote-uudistuksen eduskuntakäsittelyn päättäneessä perustuslakivaliokunnan lausunnossa (PeVL 75/2014 vp). Perustuslakivaliokunta kirjoitti pääministeri Juha Sipilän hallituksen ehdottamasta valinnanvapausmallista, että maakunnan tehtäviä hoitavien yhtiöiden yhteys maakunnallisen tason päätöksentekoon ja erityisesti maakunnan asukkaiden vaikuttamismahdollisuuksiin äänestysoikeuttaan käyttämällä muodostuisi valiokunnan mukaan tällöin etäiseksi. Ongelmaa korosti se, että maakunnan tehtävien yhtiöittämisvelvollisuudelle ei ollut esitettävissä välttämättömiä oikeudellisia perusteita (PeVL 26/2017 vp, s. 25).

[27] HE 47/2017 vp, s. 64. EU:n valtiontukisääntelystä jäljempänä tässä esityksessä ks. jakso 3.3.2.

[28] Valiokunnan mukaan vaikutti jopa päinvastaiseen suuntaan osoittavalta perusteelta, että mikäli ehdotettu valinnanvapausmalli toteutettaisiin yhtiöittämisvelvollisuuden keinoin, suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa arvioitaisiin jatkossa EU-oikeudessa tarkoitettuna taloudellisena toimintana.

[29] PeVL 26/2017 vp, s. 43.

[30] PeVL 26/2017 vp, s. 44–45.

3.1.1.4 PeVL 15/2018 vp

Sipilän hallitus muutti valinnanvapautta koskevaa lakiesitystään perustuslakivaliokunnan lausunnon PeVL 26/2017 johdosta. Muutetussa hallituksen esityksessä (HE 16/2018 vp) maakunnan suoran valinnan palvelujen yhtiöittämisvelvollisuus oli poistettu, eikä maakunnan omaa suoran valinnan palvelujen tuotantoa enää kielletty. Palveluita olisi täten voitu tuottaa myös osana maakunnan organisaatiota toimivan liikelaitoksen toimesta. Perustuslakivaliokunta katsoi, että näin muutettuna ehdotus loi aiempaan esitykseen verrattuna paremmat edellytykset uudistuksen toteuttamiselle niin, etteivät perustuslain 19 §:n 3 momentissa turvatut oikeudet vaarannu.[31]

Toisaalta perustuslakivaliokunta totesi lausunnossaan myös pitävänsä selvänä, että maakunnan liikelaitoksen tulee ylläpitää sellaista palvelutuotantoa, että se kykenee kaikissa tilanteissa asianmukaisesti turvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden riittävän saatavuuden ja tarvittaessa välittömästi puuttumaan korvaavan palvelutuotannon keinoin mahdollisiin palveluiden saatavuutta vaarantaviin tilanteisiin. Tämä velvoite seurasi valiokunnan mukaan suoraan perustuslain 19 §:n 3 momentista. Valiokunnan mukaan valinnanvapauslaissa tuli täten säädösperusteisesti varmistaa, että hallituksen esityksen perusteluissa painotettu ja keskeiseen asemaan nouseva maakuntien riittävä oma palvelutuotanto toteutuu ja maakunnan liikelaitoksen toimintavalmius turvataan.[32]

Maakunnan oman riittävän palvelutuotannon ohella perustuslakivaliokunta kiinnitti lausunnossaan sosiaali- ja terveysvaliokunnan huomiota myös valinnanvapausjärjestelmän epävarmaan oikeudelliseen asemaan EU:n valtiontukisääntelyn valossa arvioituna ja mahdolliseen tarpeeseen notifioida ehdotettu lainsäädäntö komissiolle oikeusvarmuuden lisäämiseksi. Valiokunta korosti arviointitilanteen merkityksellisyyttä perustuslain 19 §:n 3 momentin ja 22 §:n kannalta. Tästä johtuen sosiaali- ja terveysvaliokunnan oli painavista valtiosääntöoikeudellisista syistä tarkkaan selvitettävä, voitiinko ehdotettua valinnanvapausjärjestelmää pitää sisällöltään notifiointia edellyttävänä ja tarvittaessa muutettava valinnanvapausjärjestelmää siten, että oikeudellinen epävarmuus valtiontukisääntelyn soveltuvuudesta poistuu. Jos sosiaali- ja terveysvaliokunta ei saisi riittävää varmistusta järjestelmän hyväksyttävyydestä EU:n valtiontukisääntöjen näkökulmasta, olisi valinnanvapauslakiehdotuksen sääntelyä voimaantulosta perustuslakivaliokunnan mukaan syytä muuttaa esimerkiksi siten, että valinnanvapauslakia voidaan EU:n valtiontukisääntöjen kannalta merkitykselliseksi määriteltävin osin soveltaa vasta komission hyväksyttyä sille asianmukaisesti notifioidun sääntelyn.[33]

3.1.1.5 PeVL 65/2018 vp

Perustuslakivaliokunnan edellyttämällä tavalla sosiaali- ja terveysvaliokunta toimitti mietintöluonnoksensa ehdotetusta sote-lainsäädännöstä perustuslakivaliokunnalle lausunnon antamista varten ennen mietinnön valmistumista.

[31] PeVL 15/2018 vp, s. 10.

[32] PeVL 15/2018 vp, s. 16.

[33] PeVL 15/2018 vp, s. 53–54.

Maakunnalta edellytettyä omaa palvelutuotantoa koskien perustuslakivaliokunta edellytti lausunnossaan ehdotetun sääntelyn täsmentämistä vielä siten, että sääntelyssä määriteltäisiin säädösperustaisesti perustuslakivaliokunnan aiemmassa lausuntokäytännössä edellytetty maakunnan liikelaitoksen velvollisuus ylläpitää sellaista palvelutuotannon tasoa ja valmiutta, että se kykenee näillä keinoin kaikissa tilanteissa asianmukaisesti turvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden riittävän saatavuuden ja tarvittaessa välittömästi puuttumaan korvaavan palvelutuotannon keinoin mahdollisiin palveluiden saatavuutta vaarantaviin tilanteisiin.[34] Muutos oli valiokunnan mukaan edellytyksenä sille, että valinnanvapauslakiehdotus voitiin käsitellä tavallisen lain säätämisjärjestyksessä. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan oli myös tarkoin selvitettävä tästä seuraavat sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä viitatun korvauksia koskevan sääntelyn muutostarpeet sekä tarvittaessa muutettava ja täydennettävä sääntelyä, jotta todettu säätämisjärjestyshuomautus tuli asianmukaisesti huomioiduksi.[35]

Lausunnossaan perustuslakivaliokunta kiinnitti huomiota myös sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintöluonnoksen valtiontukioikeudellista ilmoitusmenettelyä koskevaan osioon. Perustuslakivaliokunta katsoi, ettei sosiaali- ja terveysvaliokunta ollut perustuslakivaliokunnan lausunnossa 15/2018 vp edellytetyin tavoin varmistunut siitä, että hallituksen esityksessä ehdotettua valinnanvapausjärjestelmää ei voitu pitää notifiointia edellyttävänä ja että mietintöluonnos oli siten puutteellinen. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan oli täten täydennettävä mietintöluonnosta olennaisesti selostamalla seikkaperäisesti ne syyt, joiden perusteella se katsoi oikeudellisen epävarmuuden asiassa menettäneen merkitystään aiemman perustuslakivaliokunnan lausunnon antamisen jälkeen.[36,37]

3.1.1.6 PeVL 17/2021 vp

Lausunnossaan PeVL 17/2021 vp perustuslakivaliokunta arvioi pääministeri Marinin hallituksen valmistelemaa ja eduskunnan sittemmin hyväksymää sote-uudistusta. Pääministeri Marinin hallituksen sote-uudistus poikkesi useilta perusratkaisuiltaan pääministeri Sipilän hallituksen valmistelemasta uudistuksesta. Ehdotettuun lainsäädäntöön ei esimerkiksi sisältynyt velvoitetta järjestämisvastuun ja palvelutuotannon erottamisesta toisistaan uudistuksella perustettavien hyvinvointialueiden organisaatiossa tai Sipilän sote-uudistusta vastaavaa valinnanvapausmallia. Tämä heijastui myös perustuslakivaliokunnan Marinin hallituksen sote-uudistuksesta tekemään valtiosääntöoikeudelliseen arvioon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lainsäädännön osalta perustuslakivaliokunta viittasi jo aiemmassa lausuntokäytännössään esittämäänsä näkemykseen siitä, ettei perustuslain 19 § 3 momentti estä sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamista myös muiden kuin

[34] Vrt. PeVL 15/2018 vp, s. 18–19.

[35] PeVL 65/2018 vp, s. 17.

[36] PeVL 65/2018 vp, s. 64.

[37] Perustuslakivaliokunta kuitenkin katsoi, että valtiontukioikeudellista arviointia ja notifiointitarvetta koskeva puute sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintöluonnoksessa oli korjattavissa ilman mietintöluonnoksen saattamista tältä osin vielä kertaalleen perustuslakivaliokunnan käsiteltäväksi, mikäli oikeudellista epävarmuutta vähennettäisiin ilmoittamalla komissiolle ehdotetusta valinnanvapausjärjestelmästä ja sen sisällöstä SEUT 108(3) artiklan mukaisessa menettelyssä. Vaihtoehtoisesti valinnanvapauslakiehdotuksen sääntelyä voimaantulosta oli muutettava esimerkiksi lausunnossa PeVL 15/2018 vp edellytetyllä tavalla siten, että valinnanvapauslakia voitiin EU:n valtiontukisääntöjen kannalta merkitykselliseksi määriteltävin osin soveltaa vasta komission hyväksyttyä sille asianmukaisesti notifioidun sääntelyn (PeVL 65/2018 vp, s. 66).

julkisen vallan toimesta ja ettei säännös myöskään edellytä julkisyhteisöjen huolehtivan itse kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta. Toisaalta julkisella vallalla on perustuslain 19 §:stä seuraava velvollisuus ylläpitää riittävästi omaa tuotantoa sen varmistamiseksi, että se voi kaikissa tilanteissa turvata jokaiselle riittävät ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut.[38] Perustuslaista ei kuitenkaan valiokunnan mukaan johtunut tarkkoja rajoja oman tuotannon määrälle tai sen toteuttamisen tavoille. Valiokunnan mielestä oleellista oli täten varmistaa lainsäädännössä se, että vastuussa oleva järjestäjä voi kaikissa tilanteissa turvata sosiaali- ja terveyspalveluiden riittävän saatavuuden.[39]

3.1.2 Perustuslain 124 §

Perustuslain 19 §:n 3 momentin ohella sote-palveluista säätämisen kannalta merkityksellinen perustuslain säännös on julkisen hallintotehtävän antamista muulle kuin viranomaiselle koskeva 124 §. Mainitun lainkohdan 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.

Perustuslakivaliokunnan viimeaikaisessa sote-palveluja koskevassa lausuntokäytännössä perustuslain 124 §:ää on arvioitu erityisesti suhteessa järjestämisvastuullisten toimijoiden edellytyksiin hankkia järjestämisvastuulleen kuuluvia palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. Arvioinnissa on tällöin kyse muun ohella siitä, missä määrin sote-palveluiden tuotannossa on ylipäätään kyse perustuslain 124 §:n mukaisen julkisen hallintotehtävän hoitamisesta.

3.1.2.1 PeVL 26/2017 vp

Perustuslakivaliokunta arvioi Sipilän hallituksen sote-uudistusta koskevassa lausunnossaan PeVL 26/2017 vp perustuslain 124 §:n näkökulmasta erityisesti uudistukseen sisältynyttä valinnanvapaussääntelyä.[40] Valiokunta totesi tältä osin yleisenä käsityksenään, että ehdotetun kaltaisten, perustuslain 19 §:n 3 momenttiin palautuvan julkisen vallan järjestämisvastuun piiriin kuuluvien valinnanvapauspalveluiden ja niiden tuottamiseen välittömästi liittyvien hallinnollisten tehtävien laajamittaista organisointia viranomaiskoneiston ulkopuolisille palveluntuottajille tuli kokonaisuutena arvioiden tarkastella perustuslain 124 §:ssä julkisen hallintotehtävän siirtämiselle asetettujen vaatimusten kannalta.[41]

---

[38] Vrt. PeVL 15/2018 vp, s. 16.

[39] Valiokunta toi tältä osin esiin, että perustuslain 19 §:n 3 momentissa mainitulle oikeudelle riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin on vakiintunut tietty oikeudellinen sisältö ja arviointiperusteet. Palvelujen riittävyyden arvioimisessa lähtökohtana on niiden mukaan sellainen palvelujen taso, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä (ks. HE 309/1993 vp, s. 71/II). Viittaus jokaiseen terveyspalveluihin oikeutettuna edellyttää viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävyydestä (ks. PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (ks. PeVL 65/2014 vp, s. 4/II).

[40] PeVL 26/2017 vp, s. 46–55.

[41] PeVL 26/2017 vp, s. 47. Valiokunta myös totesi maakunta- ja sote-esityksen perusteluissa (s. 666) viitattavan siihen, että perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännön ja oikeuskirjallisuuden perusteella perustuslain 19 §:ssä tarkoitettujen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen ja tuottaminen ovat lähtökohtaisesti julkisia hallintotehtäviä. Ainakin itsenäistä potilaan tai asiakkaan palvelutarpeen arviointia ja palveluiden suunnittelua sisältävät tehtävät ja siihen liittyvä toiminta oli

Arvioinnissaan perustuslakivaliokunta kiinnitti huomiota siihen, että ehdotettu tehtävien siirto yksityisille oli poikkeuksellisen mittava. Erityisen merkitykselliseksi siirron laajuuden teki se, ettei maakunnan liikelaitos pääsääntöisesti olisi itse voinut tuottaa suoran valinnan palveluita tai asiakassetelillä tuotettavia palveluita. Sääntelyllä ei siten olisi vain mahdollistettu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamisen siirtoa muulle kuin viranomaiselle vaan velvoitettu julkista valtaa tekemään niin. Valiokunta katsoikin, ettei ehdotettu sääntely yksityisten hoidettaviksi osoitettavien tehtävien laadun ja laajuuden vuoksi sopinut yhteen perustuslakiuudistuksen yhteydessä lausuttujen tavoitteiden kanssa, joiden mukaan julkisten hallintotehtävien hoitamisen tulee pääsääntöisesti kuulua viranomaisille ja joiden mukaan tällaisia tehtäviä voidaan antaa muille kuin viranomaisille vain rajoitetusti.[42] Perustuslain perusteluista ei siten ollut saatavissa tukea näin laajan tehtävien siirron perustuslainmukaisuudelle.[43]

Valiokunta kiinnitti lausunnossaan huomiota myös siihen, että yksityisten hoidettaviksi ehdotettujen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottaminen on laaja perusoikeuksien toteutumiseen liittyvien hallinnollisten tehtävien kokonaisuus. Kyse on tehtävistä, jotka koskevat perustuslain 19 §:n 3 momentissa nimenomaan julkiselle vallalle osoitettua velvollisuutta turvata riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Palvelutehtävien lisäksi valinnanvapauslakiesityksessä lueteltuihin tehtäviin sisältyi myös yksilön oikeuksia ja etuja koskevaa päätöksentekoa. Perustuslakivaliokunta kiinnitti huomiota myös siihen, että yksityiselle siirtyisi hoidon tarpeen arvioinnin myötä se toiminta, jossa tosiasiallisesti ratkaistaan, miten ihmiset saavat perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitetut riittävät palvelut ja tapahtuuko tämä yhdenvertaisin perustein.[44]

Perustuslakivaliokunta viittasi myös toisaalla lausunnossaan tekemäänsä arvioon valinnanvapauslakiesityksen ongelmallisuudesta perustuslain 6, 19 ja 22 §:n kannalta. Valiokunta piti tätä taustaa vasten selvänä, ettei [perustuslain 124 §:n] mukainen edellytys tehtävän antamisen tarpeellisuudesta tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi täyttynyt. Valtiosääntöinen ongelma kiinnittyikin valiokunnan mukaan myös perustuslain 124 §:ssä säädetyn tarkoituksenmukaisuusedellytyksen osalta ennen kaikkea sosiaali- ja terveyspalvelujen yhtiöittämisvelvollisuuteen. Maakunnan palvelutuotannon yhtiöittämisvelvollisuus ja maakuntaan kohdistuva kielto tuottaa palveluita oli täten poistettava, jotta lakiehdotus voitiin käsitellä tavallisen lain säätämisjärjestyksessä.[45]

3.1.2.2 PeVL 15/2018 vp ja PeVL 65/2018 vp

Perustuslakivaliokunta palasi pääministeri Sipilän hallituksen sote-uudistuksen arviointiin lausunnossaan PeVL 15/2018 vp. Kyseistä perustuslakivaliokunnan lausuntoa on tarpeen lukea tuolloin käsittelyssä olleen sosiaali- ja terveydenhuollon mittavan uudistuksen kontekstissa.

---

perustelujen mukaan ymmärrettävissä julkisena hallintotehtävänä, ja palvelutarpeen arviointi sisältää myös julkisen vallan käyttöä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotannon kokonaisuudesta oli perustelujen mukaan myös vaikeaa erottaa sellaisia toimintoja, joihin eivät tulisi sovellettaviksi perustuslain 124 §:n vaatimukset.

[42] HE 1/ 1998 vp, s. 179/I.

[43] PeVL 26/2017 vp, s. 51–52.

[44] PeVL 26/2017 vp, s. 51–52.

[45] PeVL 26/2017 vp, s. 53. Valiokunnan mukaan tämä arvio ei kuitenkaan estänyt valmistelemasta osana jatkovalmistelua säännöksiä mahdollisuudesta siirtää sosiaali- ja terveyspalveluja muun kuin viranomaisen hoidettaviksi. Valiokunnan mukaan valtiosääntöisenä edellytyksenä tällaiselle sääntelylle oli, että perustuslain 124 §:ssä säänneltyjen edellytysten, tarkoituksenmukaisuusvaatimus mukaan lukien, osoitettiin hallituksen esityksessä täyttyvän tapauskohtaisesti kunkin tehtäväkokonaisuuden osalta.

Perustuslakivaliokunta kantoi lausunnossaan huolta perustuslain 19 §:n 1 momentin ja 3 momentin mukaisten oikeuksien toteutumisesta tilanteessa, jossa hallituksen esityksen mukaiseen malliin oli jo lausunnossa PeVL 26/2017 vp arvioitu sisältyvän merkittäviä rakenteellisia ongelmia ja rakenteellisia riskejä, joihin ei oltu perusoikeuksien sekä virkavastuun reaaliseen toteuttamisen kannalta riittävällä tavalla säädösperusteisesti varauduttu. Sääntely ei ollut riittävän tarkkaa ja täsmällistä perustuslain 124 §:n asianmukaisen soveltamisen kannalta.

Valiokunta arvioi perustuslain 124 §:n näkökulmasta lausunnossaan yksityiskohtaisemmin erityisesti muutettuun hallitukseen esitykseen sisältynyttä sääntelyä suoran valinnan palveluista, asiakassetelistä ja henkilökohtaisesta budjetista sekä palveluiden alihankinnasta.[46] Perustuslakivaliokunta arvioi lausunnossaan säännösehdotusta, jonka mukaan suoran valinnan palveluntuottaja voi tuottaa palvelut itse tai hankkia niitä toiselta palveluntuottajalta. Perustuslakivaliokunta edellytti julkisten hallintotehtävien antamisen yksityiselle perustuvan riittävän selkeään sekä tarkkarajaiseen ja täsmälliseen lainsäädäntöön, jotta perustuslain 124 §:n edellytykset julkisen hallintotehtävän antamisesta muulle kuin viranomaiselle täyttyvät. Perustuslakivaliokunta kiinnitti erityisesti huomiota lailla säätämisen vaatimukseen maakunnan antaessa tehtäviä edelleen yksityiselle palveluntuottajalle.

Suoran valinnan palveluiden osalta valiokunta kiinnitti huomiota valinnanvapauslakiesityksen 18 §:n 2 momenttiin, jonka mukaan maakunnan oli sisällytettävä suoran valinnan palveluihin muiden kuin yleislääketieteen alaan kuuluvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatio- ja vastaanottopalveluja siten, että jokaisessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa on mainittuja palveluja väestön palvelutarvetta vastaavasti vähintään kahdelta lääketieteen erikoisalalta. Valiokunnan mielestä säännös oli rakenteeltaan epäselvä ja sanamuodoltaan avoin ja sen täsmentäminen oli edellytyksenä lakiehdotuksen käsittelemiselle tavallisen lain säätämisjärjestyksessä.[47]

Valiokunnan lausunnon merkitys järjestäjän ja tuottajan erottelun osalta on täten pääosin siinä, että järjestäjänä toimivan maakunnan harkintavaltaa tuli rajoittaa tarkkarajaisesti ja täsmällisesti lailla. Samoin tuottajan mahdollisuutta siirtää tehtäviä alihankkijalle tuli julkisten hallintotehtävien piiriin kuuluvissa tehtävissä rajoittaa lailla. Perustuslain tulkinnan osalta kysymys on siitä, että perustuslain 124 §:n ilmaisu ”lain nojalla” edellyttää, että laissa säädetään tarkkarajaisesti ja täsmällisesti tehtävistä, jotka voidaan siirtää edelleen yksityisoikeudelliselle toimijalle.

Perustuslakivaliokunnan lausunto PeVL 65/2018 vp annettiin samaa Sipilän hallituksen soteuudistuksen kokonaisuutta koskien kuin lausunto PeVL 15/2018 vp. Lausunnon kohteena olivat kuitenkin tällä kertaa sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintöluonnokset. Perustuslakivaliokunta otti valtiosääntöoikeudellisen arviointinsa lähtökohdaksi vuoden 2017 valinnanvapauslakiehdotusta koskevat kannanottonsa, joissa valiokunta oli kiinnittänyt huomiota tuolloin ehdotetun säännöksen perusteella mahdollisesti siirrettävien tehtävien varsin huomattavaan laajuuteen. Valiokunta piti tuolloin perustuslain 124 §:n perusteella tavallisen lain

[46] PeVL 15/2018 vp, s. 28–33.

[47] PeVL 15/2018 vp, s. 29.

säätämisjärjestyksen edellytyksenä sitä, että alihankintamahdollisuus rajataan koskemaan tosiasiallista, täydentävää palvelutoimintaa.[48]

Perustuslakivaliokunta on pitänyt tehtävän edelleen siirtämisen mahdollisuutta arvioidessaan merkityksellisenä myös siirrettävän tehtävän teknisluonteisuutta, viranomaisvalvonnan ulottuvuutta ja alihankkijaan kohdistuvia laatu- ja muita vaatimuksia.[49] Olennaista oli se, oliko kyse perustuslain 19 §:n 3 momentissa turvattujen oikeuksien toteutumiseen liittyvistä tehtävistä vaiko teknisistä ja avustavista tehtävistä.[50] Perustuslain 124 §:n kannalta ongelmallisen väljää oli valiokunnan mukaan sääntely, jossa säädöstekstin mukaan alihankinta saattoi lähtökohtaisesti koskea kaikkia sosiaali- ja terveyskeskuksen tehtäväksi ehdotettuja suoran valinnan palveluja. Perustuslakivaliokunta totesi esityksen perusteluista käyvän ilmi, että suoran valinnan palveluntuottaja voi hankkia omaa toimintaansa täydentäviä palveluita. Perustuslakivaliokunnan mukaan sosiaali- ja terveysvaliokunnan oli täsmennettävä sääntelyä perusteluissa esitetyn mukaisesti tai määriteltävä laissa ne perusteet, joiden mukaan suoran valinnan palveluntuottaja voi hankkia toiselta palveluntuottajalta palveluja. Täsmennyksen tekeminen oli edellytyksenä sille, että valinnanvapauslakiehdotus voitiin käsitellä tavallisen lain säätämisjärjestyksessä.[51]

Perustuslakivaliokunnan lausunnossa tehtävien osoittamista maakunnan liikelaitokselle ei tarkasteltu perustuslain 124 §:n kannalta, koska maakunnan liikelaitos oli osa maakunnan julkista organisaatiota. Valvonnan osalta maakunnan liikelaitoksen asema julkisena toimijana voitiin ottaa huomioon.[52]

Monituottajamallin sekä järjestäjän ja tuottajan erottelun kannalta olennaista on näin ollen se, miten tulkitaan perustuslain kannalta julkisten hallintotehtävien piiriin kuuluvien tehtävien joukkoa. Julkiset hallintotehtävät kuuluvat pääsääntöisesti viranomaisille ja niiden osoittamisesta yksityisille on säädettävä tarkkarajaisesti ja täsmällisesti. Järjestäjälle ei julkisten hallintotehtävien piirissä voida antaa laajaa harkintavaltaa siitä, kuka tuottaa julkisia hallintotehtäviä, vaan harkinnan perusteet ja rajat on säädettävä tarkasti laissa. Perustuslakivaliokunnan kannanotot lausunnoissa PeVL 15/2018 vp ja PeVL 65/2018 vp eivät kuitenkaan erityisen täsmällisesti tuoneet uusia piirteitä perustuslain 124 §:n perusteella tehtävään tulkintaan siitä, mitkä toiminnot ovat julkisia hallintotehtäviä.

3.1.2.3 PeVL 17/2021 vp

Pääministeri Marinin hallituksen sote-uudistusta koskevassa lausunnossaan PeVL 17/2021 perustuslakivaliokunta kiinnitti huomiota siihen, että ehdotettu sääntely poikkesi yksityisten palveluntarjoajien aseman ja tehtävien kannalta hyvin merkittävästi edeltävällä vaalikaudella ehdotetusta sääntelystä, johon sisältyneen valinnanvapausmallin myötä yksityisille palvelujen tuottajille olisi siirretty merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palveluihin sisältyvästä julkisten hallintotehtävien piiristä ja jota valiokunta oli tuolloin antamissaan

[48] PeVL 26/2017 vp, s. 57.

[49] PeVL 6/2013 vp, s. 4.

[50] PeVL 65/2018 vp, s. 41–42 ja PeVL 26/2017 vp, s. 57.

[51] PeVL 65/2018 vp, s. 41–42, PeVL 15/2018 vp, s. 32–33. PeVL 65/2018 vp, s. 55.

lausunnoissaan arvioinut kattavasti perustuslain 124 §:n kannalta.[53] Valiokunta katsoi lausunnossaan, että ehdotettu sääntely täytti perusratkaisuiltaan hyvin perustuslain 124 §:stä johtuvat vaatimukset.[54]

Hyvinvointialueen vastuulle kuuluvaksi säädetyn hoidon tarpeen arvioinnin (sote-järjestämislain 12 §) osalta valiokunta viittasi Sipilän hallituksen sote-uudistuksen arvioinnin yhteydessä esittämäänsä toteamukseen siitä, että julkisen vallan on kyettävä varmistamaan muun muassa se, että palvelutarpeen arviointi toteutuu yhdenmukaisten kriteerien ja menettelyjen mukaisesti. Valiokunta totesi pitävänsä julkiselle vallalle perustuslain 19 §:n 3 momentissa osoitetun turvaamisvelvollisuuden ja myös hyvinvointialueiden järjestämistehtävän asianmukaisen hoidon kannalta sinänsä perusteltuna, että julkisen vallan vastuulle kuuluu erikoissairaanhoitoon pääsyä koskeva palvelutarpeen arviointi. Hoitoratkaisujen tekemisessä on kyse ennen muuta lääketieteellisestä arviosta. Valiokunnan käsityksen mukaan sote-järjestämislain 12 §:n 3 momentin sääntelyä väljempikin sääntely yksityisen palveluntuottajan oikeudesta tehdä palvelutarpeen arviointia oli siten perustuslain kannalta mahdollinen.[55]

Perustuslain 124 §:n osalta perustuslakivaliokunta totesi selvyyden vuoksi, etteivät julkisomisteiset yhteisöt ole perustuslain 124 §:ssä tarkoitettuja viranomaisia. Julkisten hallintotehtävien antamista niille käsitellään siten perustuslain näkökulmasta samoin kuin yksityiselle. Julkisen hallintotehtävän antamisen julkisomisteiselle yhteisölle tulee täten täyttää perustuslain 124 §:ssä säädetyt edellytykset esimerkiksi tehtävän antamisen tarkoituksenmukaisuudesta.

Perustuslakivaliokunnan lausunnon merkittävä piirre on se, että **lausunnossa on todettu hoitoratkaisuiden tekemisessä olevan kyse ennen muuta lääketieteellisestä arviosta.** Tosiasiallisesti tähän arviointiin on viime vuosien julkista terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä ja kehittämisessä pyritty liittämään enemmän yhdenvertaisuuden varmistamiseen yhdenmukaisten kriteerien ja menettelytapojen muodossa olevia julkisoikeudellisia piirteitä. Perustuslakivaliokunnan lausuntoa voidaankin tulkita siten, että perustuslaki ei edellytä hoitoa koskevan palvelutarpeen arvioinnin osoittamista vain julkiselle toimijalle. Järjestäjän ja tuottajan roolien erottelun kannalta tämä tarkoittaa nähdäksemme myös sitä, että konkreettinen palvelutarpeen arviointi voi lailla riittävän selkeästi säädettynä kuulua monituottajamallissa myös tuottajan tehtäviin. Yleisten kriteerien asettamista ja hoitopolkujen yleistä määrittelyä voidaan sen sijaan pitää järjestäjän tehtävänä. Edellä todettu perustuu kuitenkin perustuslakivaliokunnan lausunnon tulkintaan, eikä asiaa ole lausunnossa suoraan todettu.

3.1.2.4 PeVL 49/2025 vp

Perustuslakivaliokunta arvioi hiljattain perustuslain 124 §:ää julkisten sote-palveluiden kontekstissa myös hallituksen esityksestä HE 129/2025 vp antamassaan lausunnossa PeVL 49/2025. Mainitulla hallituksen esityksellä muutettiin sote-järjestämislakia muun ohella keventämällä yksityisen palveluntuottajan alihankintaan liittyvää sääntelyä ja mahdollistamalla alihankinnan ketjutus tietyissä rajatuissa tilanteissa.

[53] Edellä tarkastellut PeVL 26/2017 vp, s. 46–57, PeVL 15/2018 vp, s. 7–9 ja 28–33, PeVL 65/2018 vp, s. 37–42.

[54] PeVL 17/2021 vp, s. 19.

[55] PeVL 17/2021 vp, s. 20 ja siinä viitattu PeVL 26/2017 vp, s. 38–39.

Lausunnossaan perustuslakivaliokunta totesi perustuslain valmisteluasiakirjoihin viitaten, että julkisella hallintotehtävällä viitataan verraten laajaan hallinnollisten tehtävien kokonaisuuteen, johon kuuluu esimerkiksi lakien toimeenpanoon sekä yksityisten henkilöiden ja yhteisöjen oikeuksia, velvollisuuksia ja etuja koskevaan päätöksentekoon liittyviä tehtäviä. Säännös kattaa sen perustelujen mukaan sekä viranomaisille nykyisin kuuluvien tehtävien siirtämisen että hallintoon luettavien uusien tehtävien antamisen muille kuin viranomaisille. Julkisen hallintotehtävän piiriin kuuluu myös palvelutehtäviä.[56]

Lausunnossaan valiokunta totesi, että nykyisen sote-järjestämislain säätämistä koskevassa hallituksen esityksessä oli omaksuttu lähtökohta, jonka mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannon kokonaisuudesta on vaikeaa erottaa sellaisia toimintoja, joihin eivät tulisi sovellettaviksi perustuslain 124 §:n vaatimukset. Sen vuoksi tuolloin ehdotettu sääntely oli päädytty toteuttamaan siten, että hyvinvointialueen hankkiessa yksityiseltä palveluntuottajalta sosiaali- ja terveyspalveluja on kaikkien yksityisen palvelutuottajan tuotettavaksi siirrettävien asiakkaalle annettavien palvelujen kohdalla täytyttävä perustuslain 124 §:ssä asetetut edellytykset, vaikkeivat kaikki yksityiseltä palveluntuottajalta hankittaviksi tulevat palvelut välttämättä olisikaan yksiselitteisesti julkisen hallintotehtävän hoitamista.[57] **Perustuslakivaliokunta kiinnittikin lausunnossaan huomiota siihen, ettei se ollut aiemmassa lausunnossaan PeVL 17/2021 vp ottanut yleisesti kantaa siihen, missä määrin sosiaali- ja terveyspalveluissa on kyse julkisen hallintotehtävän hoitamisesta**.[58]

Perustuslakivaliokunta kiinnitti lausunnossaan huomiota myös siihen, että sen arvioitavana olleen hallituksen esityksen (s. 38) mukaan hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat laajalti julkisia hallintotehtäviä, sillä niissä on kyse yksilön perusoikeuksien toteuttamisesta, ja näiden tehtävien antaminen yksityisen palveluntuottajan hoidettavaksi edellyttää perustuslain 124 §:n edellytysten täyttymistä. **Valiokunta totesi pitävänsä kannanottoa lausuntokäytäntöönsä nähden varsin yleispiirteisenä**. Valiokunnan mukaan nykyisessä sote-järjestelmässä yksityisillä palveluntarjoajilla ei ole lakisääteisiä tehtäviä, joihin esimerkiksi sisältyisi hallinnollista päätöksentekoa. Yksityiset palveluntarjoajat sopivat hyvinvointialueiden kanssa sote-järjestämislain 12 §:ssä säädettyjen edellytysten mukaisesti ostopalvelusopimuksissa palveluista, joita ne tuottavat hyvinvointialueille näiden järjestämisvelvollisuuden täyttämiseksi. **Perustuslakivaliokunnan mielestä ainakaan näin rajatuissa ostopalveluissa ei ole kyse julkisista hallintotehtävistä. Valiokunta korostikin lausunnossaan tarvetta arvioida kysymystä julkisen hallintotehtävän hoitamisesta eritellysti**.[59]

[56] PeVL 49/2025 vp, kohta 2 ja siinä viitattu lausuntokäytäntö.

[57] HE 241/2020 vp, s. 1114.

[58] PeVL 49/2025 vp, kappale 7.

[59] PeVL 49/2025 vp, kappale 8.

3.1.3 Yhteenvetoa valtiosääntöoikeudellisista reunaehdoista

Alla olevassa taulukossa on esitetty yhteenveto edellä tässä luvussa tarkastellusta perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännöstä.

Lausunnon tunnus	Lausunnon konteksti	Keskeinen valtiosääntöoikeudellinen sisältö
PeVL 67/2014 vp	Pääministeri Stubbin hallituksen sote-uudistus (HE 324/2014 vp). Kaksitasoinen kuntayhtymämalli, jossa viisi järjestämiskuntayhtymää ja 19 tuotantokuntayhtymää.	Hallituksen esitys ristiriidassa 121 §:n kunnan asukkaiden itsehallinnon ja siihen kuuluvan sekä myös perustuslain 2 §:ssä ja 14 §:ssä edellytetyn kansanvaltaisuuden kanssa. Esitys myös ristiriidassa perustuslain 121 §:n mukaisen kunnallisen verotusoikeuden ja 6 §:n yhdenvertaisuusperiaatteen kanssa rahoitusratkaisuiltaan ja vaikutuksiltaan kuntien talouteen. Osassa kunnissa liian suuri paine äkilliseen kunnallisveron korottamiseen, 11 prosenttiyksikköön nouseva ero kunnallisveroprosenteissa varsin suuri. Järjestämisen ja tuottamisen erottelussa otettava huomioon myös vaikutukset kansanvaltaisuuteen. Kyseessä huomattavan laaja uudistus.
PeVL 75/2014 vp	Arvio PeVL 67/2014 vp perusteella korjatusta luonnoksesta sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnöksi (HE 324/2014 vp) vaalikauden viimeisten valtiopäivien lopulla. Mietintöluonnoksessa luovuttu järjestämiskuntayhtymistä, yksitasoinen kuntayhtymämalli, jossa 19 kuntayhtymää. Rakenteellisesta järjestämisen ja tuottamisen erottelusta luovuttu.	Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintöluonnos ei sisältänyt riittävästi korjauksia, kun yksittäisen kunnan asukkaiden vaikutusmahdollisuudet jäisivät edelleen vähäisiksi ja rahoitusvastuu oli edelleen kunnilla, vaikka järjestämisvastuu 19 kuntayhtymällä. Mietintöluonnoksen perusteella ei mahdollista arvioida riittävästi erikokoisten kuntien kannalta. Vaikutukset kuntien kunnallisveroprosenttien korotuspaineisiin pienempiä kuin HE:ssä mutta edelleen varsin merkittäviä. Tehtäessä laajakantoiseen esitykseen hyvin laajoja muutoksia eduskunnassa on asian valmistelu tarpeen osoittaa valtioneuvoston tehtäväksi. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lakiehdotukset ja niiden perustelut eivät muodosta riittävää perustaa arvioida asianmukaisesti alkuperäiseen hallituksen esitykseen verrattuna olennaisten muutosehdotusten perustuslainmukaisuutta ottaen huomioon perustuslain lainsäädäntömenettelyä koskevat säännökset, hyvän lainvalmistelun periaatteet ja lainsäädäntökokonaisuuden laajakantoisuuden. Lausunto päätti kuntapohjaiseen malliin perustuneen sote-uudistuksen käsittelyn eduskunnassa ja johti käytännössä siihen, ettei uudistusta jatkettu kuntapohjaiseen malliin perustuen.
PeVL 26/2017 vp	Pääministeri Sipilän hallituksen 1. sote-uudistusehdotus, joka sisälsi laajan valinnanvapausmallin ja järjestämisvastuussa olevalle maakunnalle säädetyn oman tuotannon yhtiöittämis-	Yksityiselle osoitettujen tehtävien laatu ja laajuus sekä yhtiöittämisen mittaluokka eivät sopineet yhteen perustuslain 124 §:n kanssa ja muodostivat perustuslain kannalta ongelmallisen suuren riskin erityisesti markkinapuutetilanteissa perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisen jokaisen oikeuden riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin toteuttamiselle. Laaja

	velvoitteen. Esityksessä näin hyvin laaja-alainen yhtiöittämisvelvoite.	yhtiöittämisvelvoite myös kansanvaltaisuuden kannalta ongelmallinen. Yhtiöittämismallin perustelut puutteelliset.
PeVL 15/2018 vp	Arvio pääministeri Sipilän hallituksen uudesta sote-uudistusehdotuksesta, jota olennaisesti muutettu PeVL 26/2017 vp johdosta aikaisempaan ehdotukseen nähden. Esityksessä edelleen mukana laaja valinnanvapaus mutta järjestäjän oman tuotannon yhtiöittämisvelvollisuus poistettu.	Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisten riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaaminen jokaiselle edellyttää, että säädösperusteisesti varmistetaan järjestämisvastuussa olevalla maakunnalla olevan riittävä oma tuotanto ja toimintavalmius turvata palvelut kaikissa tilanteissa. Perustuslain 124 § edellyttää, että julkiset hallintotehtävät annetaan yksityiselle tarkkarajaisen ja täsmällisen sääntelyn omaavalla lainsäädännöllä.
PeVL 65/2018 vp	Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintöluonnos, jossa PeVL 15/2018 vp mukaisesti korjatut ehdotukset valinnanvapausmallista.	Ei ole riittävästi turvattu säädösperusteisesti järjestämisvastuullisen maakunnan omaa palvelutuotantoa ja toimintavalmiutta niin, että kaikissa tilanteissa voidaan turvata jokaiselle riittävät ja yhdenvertaiset palvelut markkinapuutetilanteessa. Valinnanvapauden toteuttamisaikataulu liian lyhyt, jotta järjestämisvastuullinen maakuntahallinto olisi ehtinyt toteuttaa järjestämisvastuutaan. Valinnanvapauteen liittyen asiakassuunnitelmaa koskeva sääntely liian epämääräinen myös perustuslain 124 §:n näkökulmasta. Perustuslain 124 § edellyttää, että annettaessa julkisia hallintotehtäviä yksityisille tästä säädetään riittävän tarkkarajaisesti ja täsmällisesti lailla.
PeVL 17/2021 vp	Arvio pääministeri Marinin hallituksen sote-uudistuksesta	Perustuslain 19 §:n 3 momentti ei estä sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamista myös muiden kuin julkisen vallan toimesta tai edellytä julkisyhteisöjen huolehtivan itse kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta. Hoitoratkaisuiden tekemisessä on ensisijaisesti kyse lääketieteellisestä arviosta. Perustuslain 124 §:ää sovelletaan samoin edellytyksin annettaessa julkisia hallintotehtäviä julkisyhteisöjen omistamille yhtiöille kuin yksityisten omistamille yhtiöille.
PeVL 49/2025 vp	HE 129/2025 vp: Sote-järjestämislain muutos, jolla helpotettiin palveluiden alihankintaa koskevaa sääntelyä	Aikaisempi PeVL 17/2021 vp ei sisällä yleistä kannanottoa perustuslain 124 §:n tarkoittaman julkisen hallintotehtävän piiristä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kysymystä julkisesta hallintotehtävästä on arvioitava riittävän eritellysti. HE:ssä oli PeV:n lausuntokäytäntöön nähden yleispiirteinen käsitys julkisten hallintotehtävien piiristä. Yksityisillä palveluntuottajilla nykyisessä sote-järjestelmässä olevat tehtävät, joihin ei sisälly lakisääteisiä, hallinnollista päätöksentekoa sisältäviä tehtäviä, eivät ole perustuslaissa tarkoitettuja julkisia hallintotehtäviä. Lausunto ohjaa PeV:n lausuntokäytännön tulkintaa ja torjuu ajatuksen, että perusoikeuksien toteuttaminen sinänsä tekisi jostain tehtävästä julkisen hallintotehtävän.

Yhteenvetona edellä tarkastellusta sote-palvelujen ja perustuslain 19 §:n 3 momentin ja 124 §:n välistä suhdetta koskevasta perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännöstä voidaan todeta seuraavaa:

1. Perustuslain 19 §:n 3 momentin osalta vakiintunut lähtökohta on, **ettei säännöksen mukainen julkisen vallan turvaamisvelvoite edellytä julkisen vallan huolehtivan itse kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta. Olennaista on sen sijaan, että lainsäädännöllä turvataan palveluiden riittävä saatavuus kaikissa tilanteissa**. Perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä tästä on johdettu myös julkisen vallan velvollisuus ylläpitää riittävästi omaa palvelutuotantoa sen varmistamiseksi, että se voi kaikissa tilanteissa turvata jokaiselle riittävät ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Perustuslaista ei kuitenkaan seuraa tarkkoja rajoja järjestämisvastuussa olevan tahon oman tuotannon määrälle tai sen toteuttamisen tavoille.

2. **Perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännöstä ei ole pääteltävissä, että sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuun ja palveluiden tosiasiallisen tuotannon nykyistä selkeämpi erottaminen toisistaan joko hyvinvointialueiden organisaatioiden sisällä tai toisistaan erillisiin julkisoikeudellisiin oikeushenkilöihin olisi itsessään ongelmallista perustuslain 19 §:n 3 momentin kannalta.** Järjestämisen ja tuottamisen erottaminen erillisiin oikeushenkilöihin voisi kuitenkin muodostua valtiosääntöoikeudellisesti ongelmalliseksi tilanteessa, jossa tällaisen eriyttämisen voitaisiin tosiasiallisesti katsoa johtavan perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisen julkisen vallan turvaamisvelvoitteen toteutumisen vaarantumiseen.[60] Tällöin kyse on kuitenkin ennen kaikkea eriyttämisen toteutustavasta ja mahdollisista seurauksista julkisen vallan tosiasiallisille edellytyksille varmistaa riittävien palveluiden saatavuus, ei niinkään eriyttämisestä itsestään.

3. Myöskään **perustuslain 124 §:n ei voida katsoa muodostavan lähtökohtaista estettä sote-palveluiden järjestämis- ja tuotantovastuun nykyistä selväpiirteisemmälle erottelulle toisistaan. Siltä osin kuin tällainen eriyttäminen tapahtuu julkisen viranomaisen organisaation sisällä tai kahden julkisoikeudellisen oikeushenkilön välillä, ei kysymys julkisen hallintotehtävän antamisen sallittavuudesta muulle kuin viranomaiselle ylipäätään aktualisoidu.** Toisaalta perustuslakivaliokunnan viimeaikaisessa lausuntokäytännössä on edellä kuvatusti tuotu esiin, ettei valiokunta ole lausuntokäytännössään ylipäätään ottanut yleisesti kantaa siihen, missä määrin sote-palveluissa on kyse julkisen hallintotehtävän hoitamisesta. Valiokunta onkin korostanut tarvetta arvioida kysymystä julkisen hallintotehtävän hoitamisesta eritellysti. Huomionarvoista on toisaalta se, että perustuslakivaliokunnan myötävaikutuksella säädetyn sote-järjestämislain 3 luvun sääntelyn koskien palveluiden hankkimista yksityisiltä palveluntuottajilta on arvioitu täyttävän perusratkaisuiltaan hyvin perustuslain 124 §:stä johtuvat vaatimukset.

[60] Vrt. perustuslakivaliokunnan lausunnot PeVL 17/2021 vp ja PeVL 15/2018. Mainittujen lausuntojen osalta on kuitenkin todettava, että ne ovat tavanomaisia perustuslakivaliokunnan lausuntoja kontekstisidonnaisempia, koska niissä arvioinnin kohteena oli laaja-alainen valinnanvapausmalli ja siihen liittynyt yhtiöittämisvelvollisuus. Tähän liittyneet riskit korostuivat vahvasti kyseisissä lausunnoissa.

3.2 EU-oikeudesta seuraavat oikeudelliset reunaehdot

3.2.1 Yleisesti EU-oikeuden merkityksestä sote-palveluista säädettäessä

Arvioitaessa EU-oikeudellisesta sääntelystä seuraavia oikeudellisia reunaehtoja jäsenvaltioiden edellytyksille säätää kansallisista sote-järjestelmistään keskeisen lähtökohdan muodostaa kansanterveyttä koskeva Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen (**SEUT**) 168 artikla ja erityisesti artiklan 7 kohta, jonka mukaan unionin toiminnassa otetaan huomioon jäsenvaltioiden velvollisuudet, jotka liittyvät niiden terveyspolitiikan määrittelyyn sekä terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen. Jäsenvaltioiden velvollisuuksiin kuuluvat terveyspalvelujen ja sairaanhoidon hallinnointi sekä niihin osoitettujen voimavarojen kohdentaminen. Sote-palvelujärjestelmästä päättäminen kuuluu täten lähtökohtaisesti jäsenvaltioiden toimivaltaan.[61]

Edellä todetusta lähtökohdasta huolimatta EU-oikeudesta seuraa eräitä oikeudellisia reunaehtoja kansalliselle sote-palveluiden järjestämistä ja tuotantoa koskevalle lainsäädännölle. Nämä reunaehdot liittyvät erityisesti tilanteisiin, joissa palveluiden järjestämisessä tai tuotannossa voidaan joiltain osin katsoa olevan kyse EU:n kilpailuoikeudellisen sääntelyyn piiriin kuuluvasta taloudellisesta toiminnasta ja/tai kun järjestämisvastuussa olevat toimijat hankkivat palveluita markkinoilta. Näitä reunaehtoja tarkastellaan yksityiskohtaisemmin jäljempänä (jaksot 3.2.2 ja 3.2.3).

Myös EU:n yleinen sisämarkkinaoikeudellinen sääntely, erityisesti palveluiden vapaata liikkuvuutta koskeva SEUT 56 artikla ja sijoittautumisvapautta koskeva SEUT 49 artikla, on osaltaan merkityksellistä säädettäessä kansallisesti sote-palveluiden järjestämisestä ja tuotannosta. Koska mainittu sääntely ei kuitenkaan välittömästi vaikuta tässä selvityksessä tarkasteltuun mahdollisuuteen säätää kansallisesti nykyistä selväpiirteisimmin sote-palveluiden järjestämisen ja tuottamisen erottelusta, ei näitä yleisiä sisämarkkinavapauksia tarkastella yksityiskohtaisemmin tässä yhteydessä.

Nimenomaisesti terveyspalveluiden kontekstissa merkityksellinen EU:n sekundäärioikeuden säädös on vuonna 2011 annettu direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa (ns. **potilasdirektiivi**). Potilasdirektiivin oikeusperustan muodostavat edellä mainittu kansanterveyttä koskeva SEUT 168 artikla sekä yleinen sisämarkkinoiden toteuttamista koskeva SEUT 114 artikla. Potilasdirektiivi vahvistaa henkilön oikeuksia ja edellytyksiä saada hoitoa toisessa EU:n jäsenvaltiossa sekä korvauksia hoidosta aiheutuneista kustannuksista. Direktiivi on pantu Suomessa kansallisesti täytäntöön lailla rajat ylittävästä terveydenhuollosta (1201/2013, muutoksineen). Koska potilasdirektiivin mukaisten potilaan oikeuksien toteutuminen rajat ylittävissä tilanteissa on kansallisen lainsäädännön kautta sidoksissa siihen, miten julkiset terveyspalvelut on Suomessa järjestetty, on direktiivillä välillistä merkitystä arvioitaessa oikeudellisia edellytyksiä sote-palveluiden tuotantoa ja järjestämistä koskevan sääntelyn kehittämiselle.

[61] Periaate ilmenee osaltaan myös EU:n perusoikeuskirjasta, jonka 35 artiklan 1 virkkeen mukaan jokaisella on oikeus saada ehkäisevää terveydenhoitoa ja sairaanhoitoa *kansallisten lainsäädäntöjen ja käytäntöjen mukaisin edellytyksin* (kursivointi tässä).

Potilasdirektiivin perustuva henkilön oikeus hakeutua terveydenhuollon palveluihin toisessa EU-valtiossa ja korvauksen saaminen edellyttää useiden edellytysten täyttymistä. Direktiivin ja rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain mukaan edellytetään, että annettu terveydenhuollon palvelu kuuluu terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan, palvelu olisi tullut antaa vastaavassa tilanteessa Suomen julkisessa terveydenhuollossa ja henkilö on maksanut siitä aiheutuneet kustannukset. Kustannusten korvaaminen edellyttää, että palvelun on antanut terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on oikeus harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä valtiossa, jossa palvelu on annettu, tai toimenpide on lääkärin tai hammaslääkärin määräyksen nojalla tehty terveydenhuollon toimintayksikössä, joka täyttää asianomaisen valtion lainsäädännössä säädetyt edellytykset. Jos toiseen EU-valtioon matkustetaan terveydenhuollon palveluiden käyttämiseksi, vaaditaan palveluiden korvaamiseen ennakkolupa, jonka myöntää Kansaneläkelaitos järjestämisvastuussa olevan hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin tai HUS-yhtymän sitovan lausunnon perusteella.

Käytännössä potilasdirektiivin sujuva soveltaminen edellyttää, että järjestämisvastuussa oleva taho pystyy selvittämään kustannukset omasta toiminnastaan sekä korvatun palvelun kuulumisen julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Ennakkoluvassa ja kustannusten korvattavuuden ja korvattavien kustannusten tason selvittämisessä sekä ennakkoluvan epäämisperusteissa mainittujen seikkojen selvittäminen osoittaa osaltaan keskeisiä järjestämisvastuuseen kuuluvia tehtäviä, kuten palveluvalikoimaan kuuluvien palveluiden tarkka määrittely lainsäädännön perusteella ja kunkin palvelun kustannusten laskenta. Toimiva ja kattava kustannuslaskenta ja laaturekisterit helpottavat huomattavasti potilasdirektiivin asianmukaista soveltamista ja siten epäsuorasti tukevat niiden järjestämistä ja ylläpitoa keskeisinä osina järjestäjän tehtäviä.

3.2.2 Valtiontukisääntely

SEUT 107 artiklan 1 kohdassa määritellään sisämarkkinoille soveltumattomaksi jäsenvaltion myöntämä taikka valtion varoista muodossa tai toisessa myönnetty tuki, joka vääristää tai uhkaa vääristää kilpailua suosimalla jotakin yritystä tai tuotannonalaa, siltä osin kuin tuki vaikuttaa jäsenvaltioiden väliseen kauppaan. Artiklan 2 ja 3 kohdat sekä niiden nojalla annetut sekundäärioikeuden säädökset sisältävät useita poikkeuksia 1 kohdan mukaiseen yleiseen valtiontukien kieltoon.

Valtiontukia koskevat menettelylliset perussäännöt sisältyvät puolestaan SEUT 108 artiklaan. Käytännössä merkittävä on erityisesti artiklan 3 kohta, jossa kielletään jäsenvaltioita toteuttamasta tukitoimenpiteitä ennen komissiolle tehtyä ennakollista ilmoitusta ja komission ilmoituksen johdosta antamaa lopullista päätöstä tuen soveltuvuudesta sisämarkkinoille (ns. standstill -velvoite).

Edellä jaksossa 3.1.1 on kuvattu tiiviisti sitä, miten EU:n valtiontukisääntely vaikutti Sipilän hallituksen esittämän sote-uudistuksen valtiosääntöoikeudelliseen arviointiin. Perustuslakivaliokunta päätyi tuolloin pitämään esitetyn uuden lainsäädännön (erityisesti valinnanvapausmallin) synnyttämää oikeudellista epävarmuutta siinä määrin merkittävänä, että valtiosääntöoikeudellisista syistä johtuen uudistus olisi valiokunnan mukaan tullut notifioida eli ilmoittaa Euroopan komissiolle riittävän oikeusvarmuuden saamiseksi. Uudistuksen rauettua komissio ei

kuitenkaan lopulta arvioinut ehdotettua lainsäädäntökokonaisuutta tai Suomen sote-järjestelmää yleisemminkään muodollisessa valtiontukimenettelyssä.

Arvioitaessa oikeudellisia edellytyksiä järjestäjän ja tuottajan roolien nykyistä selväpiirteisemmälle erottelulle valtiontukisääntelyn kannalta merkitykselliseksi muodostuu erityisesti kysymys siitä, voisiko tällainen eriyttäminen vaikuttaa Suomen sote-järjestelmän valtiontukioikeudellisen aseman arviointiin. Oikeudellisesti kyse on tällöin ennen kaikkea SEUT 107(1) artiklaan sisältyvästä ”yrityksen” ja sen taustalla vaikuttavasta ”taloudellisen toiminnan” käsitteistä ja niiden tulkitsemisesta Suomen sote-järjestelmän erityispiirteet huomioon ottaen.

Asian arvioinnin yleisenä lähtökohtana voidaan todeta, että Suomen julkisessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä on melko vakiintuneesti katsottu olevan kyse sellaisesta ns. solidaarisuusperiaatteeseen perustuvasta järjestelmästä, jonka puitteissa tapahtuvaan toimintaan ei sovelleta EU:n valtiontukisääntöjä. Suomen järjestelmän solidaarisuusperiaatteen puolesta puhuvia piirteitä ovat ennen kaikkea järjestelmän universaalius ja sen puitteissa tarjottujen palveluiden kuuluminen yksiselitteisesti julkisen vallan järjestämisvastuulle, palveluiden tuotannon rahoittaminen pääosin valtion yleiskatteellisella rahoituksella (vrt. rajalliset ja lakisääteiset asiakasmaksut) sekä kilpailuelementtien lähtökohtainen puuttuminen järjestelmän piiriin kuuluvia palveluita tarjoavien toimijoiden välillä. Palveluita järjestäessään ja tuottaessaan hyvinvointialueet eivät täten toimi SEUT 107 artiklassa tarkoitettuina yrityksinä, jolloin myöskään niiden palveluiden järjestämistä varten saama rahoitus ei tule arvioitavaksi artiklassa tarkoitettuna valtiontukena.[62]

Palveluiden tuotanto- ja järjestämisvastuun nykyistä selväpiirteisempi erottaminen toisistaan joko organisatorisesti hyvinvointialueen sisällä tai siitä erilliseen julkisoikeudelliseen oikeushenkilöön ei itsessään kyseenalaista edellä todettua oikeudellista lähtökohtaa olettaen, ettei tällöin muutettaisi edellä mainittuja järjestelmän solidaarisuusperiaatteen puolesta puhuvia keskeisiä ominaispiirteitä. Tämä lähtökohtainen tulkinta on yhdenmukainen myös Euroopan unionin tuomioistuimen solidaarisuusperiaatetta koskevan oikeuskäytännön kanssa.

Esimerkiksi asiassa C-262/18 P *Dôvera* antamassaan ratkaisussa unionin tuomioistuin korosti kansallisen järjestelmän ominaispiirteiden kokonaisarvioinnin merkitystä.[63] Vaikka tarkasteltavaan järjestelmään sisältyisi joitain rajallisia palveluita tarjoavien toimijoiden väliseen kilpailuun viittaavia elementtejä (kuten kilpailua tarjottujen palveluiden laadulla tai valikoimalla, asiakkaan mahdollisuudella vaihtaa palveluntarjoajaa), tämä ei itsessään johda kyseisten toimijoiden katsomiseen taloudellista toimintaa harjoittaviksi yrityksiksi.[64] Vastaavasti myöskään toimijoiden

[62] Hyvinvointialueille hankintasopimusten perusteella palveluita tuottavat yksityiset palveluntuottajat ovat sen sijaan lähtökohtaisesti EU:n valtiontukisääntelyn soveltamisalaan kuuluvia yrityksiä, joihin SEUT 107 artikla soveltuu. Tämä ei kuitenkaan vaikuta itse julkisen sote-järjestelmän luokitteluun solidaarisuusperiaatteen mukaiseksi järjestelmäksi (ts. muuksi kuin taloudelliseksi toiminnaksi).

[63] Unionin tuomioistuimen tuomio yhdistetyissä asioissa C-262/18 P ja C-271/18 P, *Dôvera ym.*, annettu 11.6.2020. Tuomio on Suomen kannalta mielenkiintoinen myös siksi, että se annettiin vasta Sipilän-hallituksen sote-uudistuksen kaatumisen jälkeen. Tuomiolla kumottiin aiempi yleisen tuomioistuimen päätös, jossa Slovakian sairasvakuutusjärjestelmään kuuluvat vakuuttajat oli katsottu luonteeltaan taloudellista toimintaa harjoittaviksi yrityksiksi mm. voitonjakomahdollisuuden ja järjestelmän kilpailullisten piirteiden takia. Mainittu yleisen tuomioistuimen päätös oli keskeinen lähde sille EU-oikeudelliselle epävarmuudelle, jota perustuslakivaliokunta piti edellä kuvatusti merkityksellisenä Sipilän hallituksen sote-uudistuksen ja erityisesti valinnanvapauslainsäädännön valtiontukioikeudellisen sallittavuuden kannalta. Unionin tuomioistuimen sittemmin antaman tuomion voidaan olennaisilta osin katsoa poistaneen tämän oikeudellisen epävarmuuden.

[64] Tuomion kohdat 41–47.

mahdollisuus tavoitella voittoa järjestelmän puitteissa harjoittamallaan toiminnalla ei itsessään tee niistä yrityksiä ainakaan tilanteessa, jossa tähän mahdollisuuteen kohdistuu kansallisessa lainsäädännössä rajoituksia.[65] Myös unionin tuomioistuimen oikeuskäytäntöä vasten arvioituna vaikuttaa täten selvältä, että järjestämisen ja tuottamisen nykyistä selväpiirteisempi erottaminen toisistaan kansallisessa lainsäädännössä ei itsessään johtaisi solidaarisuusperiaatteen mukaisen Suomen sote-järjestelmän muuttumiseen luonteeltaan taloudelliseksi toiminnaksi. Tuomioistuimen korostamalla tavalla merkitystä on sen sijaan järjestelmän ominaispiirteiden kokonaisarvioinnilla.

Yhteenvetona voidaan täten todeta, että **EU:n valtiontukisääntely ei muodosta lähtökohtaista estettä sille, että kansallisessa sote-palveluita koskevassa lainsäädännössä erotettaisiin nykyistä selväpiirteisemmin toisistaan palveluiden järjestäminen ja tuottaminen.** Tällainen eriyttäminen ei itsessään merkitsisi tai edellyttäisi muutosta niihin järjestelmän solidaarisuusperiaatteen mukaisuutta korostaviin piirteitä, joiden on aiemmin vakiintuneesti katsottu puoltavan tulkintaa julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisen ei-taloudellisesta luonteesta ja täten jäämisestä EU:n valtiontukisääntelyn soveltamisalan ulkopuolelle.

3.2.3 Julkisia hankintoja koskeva sääntely

Kun sote-palveluiden järjestämisestä vastaavat viranomaiset toteuttavat järjestämisvastuutaan hankkimalla kyseisiä palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta kyse on lähtökohtaisesti julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annetun lain (1397/2016, jäljempänä ”**hankintalaki**”) soveltamisalaan kuuluvista palveluhankinnoista. Hankintalailla on pantu kansallisesti täytäntöön EU:n hankintadirektiivit (erityisesti ns. yleinen hankintadirektiivi 2014/24/EU). Arvoltaan hankintalaissa säädetyt kynnysarvot ylittävissä sote-palveluiden hankinnoissa on täten lähtökohtaisesti sovellettava lain mukaista julkista hankintamenettelyä.

Julkisia hankintoja koskevalla sääntelyllä on rajallinen merkitys arvioitaessa oikeudellisia edellytyksiä selkeyttää sote-palveluiden järjestämistä ja tuotantoa koskevaa sääntelyä Suomessa. Tuottajan ja järjestäjän roolien nykyistä selväpiirteisempi erottelu ei muuttaisi vallitsevaa hankintaoikeudellista tilannetta siltä osin, kun kyse on järjestämisvastuussa olevan viranomaisen velvollisuudesta kilpailuttaa yksityisiltä palveluntuottajilta hankittavat sote-palvelut.

Hankintaoikeudellinen sääntely voisi tulla merkitykselliseksi lähinnä hypoteettisessa tilanteessa, jossa sote-palveluita koskevassa kansallisessa lainsäädännössä edellytettäisiin järjestämisvastuussa olevaa viranomaista eriyttämään palveluiden tuotanto erilliseen oikeushenkilöön. Tällöin herää kysymys siitä, onko järjestämisvastuussa olevan viranomaisen ja palveluiden tuotannosta vastaavan, kyseisestä viranomaisesta organisatorisesti erillisen julkisen toimijan välisessä järjestelyssä kyse hankintalain soveltamisalaan kuuluvasta hankintasopimuksesta, joka tulee kilpailuttaa hankintalain mukaisessa menettelyssä.

Edellä mainitun kysymyksen arvioinnin kannalta on huomionarvoista, että hankintalain 15 § ja 16 § sisältävät hankintalain soveltumista koskevat poikkeukset koskien tilanteita, joissa kyse on julkisen sektorin sisäisistä järjestelyistä. Hankintalain 15 §:n mukaan lakia ei sovelleta

[65] Tuomion kohdat 39–40.

hankintayksikön sidosyksiköltään tekemiin hankintoihin, kun taas hankintalain 16 §:n mukaan hankintayksiköiden väliset hankinnat niiden vastuulla olevien yleisen edun mukaisten julkisten palveluiden toteuttamiseksi jäävät vastaavasti lain soveltamisalan ulkopuolelle. Mainitut lainkohdat sisältävät myös eräitä yksityiskohtaisempia edellytyksiä kyseisten poikkeusten soveltumiselle.

Mikäli lainsäädännössä edellytettäisiin sote-palveluiden järjestämis- ja tuotantovastuun nykyistä selkeämpää erottelua toisistaan organisatorisella tasolla, edellä mainitut hankintalain sisältämät poikkeukset todennäköisesti mahdollistaisivat eriytettyjen julkisten toimijoiden välisten palveluita koskevien sopimusjärjestelyiden jäämisen hankintalain soveltamisalan ulkopuolelle. Soveltuvassa erityislainsäädännössä olisi tällöin todennäköisesti myös säädettävä palveluiden tuotannosta vastaavan julkisen toimijan velvollisuudesta tuottaa ko. palveluita, jolloin järjestämis- ja tuotantovastuussa olevien julkisten toimijoiden välille ei välttämättä ylipäätään muodostuisi hankintalain soveltumisalaan kuuluvan hankintasopimuksen tunnusmerkit täyttävää järjestelyä. Kysymyksen tarkempi arviointi edellyttäisi kuitenkin tietoa tällaisen lainsäädäntöratkaisun tarkasta sisällöstä.

Yleisenä johtopäätöksenä voidaan täten todeta, ettei sovellettava hankintaoikeudellinen sääntely muodosta lähtökohtaista oikeudellista estettä sote-palveluiden järjestämis- ja tuotantovastuun nykyistä selväpiirteisemmälle erottelulle soveltuvassa lainsäädännössä, ml. näiden roolien organisatorinen eriyttäminen toisistaan.

3.2.4 Yhteenvetoa EU-oikeudellisista reunaehdoista

Yhteenvetona voidaan todeta, **ettei EU-oikeus muodosta lähtökohtaista estettä Suomen sote-palveluita koskevan kansallisen lainsäädännön kehittämiselle siten, että lainsäädännössä erotetaan toisistaan nykyistä selväpiirteisemmin palveluiden järjestämisvastuu ja palveluiden tuottaminen**. Toimivalta kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien rakenteesta päättämiseen kuuluu perussopimusten nojalla lähtökohtaisesti jäsenvaltioille.

EU-oikeus kuitenkin rajaa jäsenvaltion harkintavaltaa erityisesti tilanteissa, joissa toiminnassa katsotaan olevan kyse EU:n kilpailu- ja valtiontukioikeudellisen sääntelyn soveltamisalaan kuuluvasta taloudellisesta toiminnasta. Tällöin kansallisessa lainsäädännössä on huolehdittava siitä, ettei lainsäädännön seurauksena jokin järjestelmässä palveluita tarjoava toimija saa lainsäädännön seurauksena SEUT 107(1) artiklan tunnusmerkit täyttävää valtiontukea tai lainsäädäntö muutenkaan johda toimijoiden (yritysten) välisen kilpailuneutraliteetin vääristymiseen.

EU:n kilpailu- ja valtiontukioikeudellisen sääntelyn soveltuminen on sen sijaan rajallisempaa tilanteessa, jossa kansallisessa sote-järjestelmässä katsotaan olevan kyse solidaarisuusperiaatteen mukaisesta järjestelmästä, jossa palveluita järjestävät ja tuottavat tahot eivät kyseisen toimintansa osalta toimi yrityksinä. Sote-palveluiden järjestämisen ja tuottamisen nykyistä selväpiirteisempi erottaminen toisistaan lainsäädännössä ja näiden toimintojen eriyttäminen erillisiin organisaatioihin julkisen sektorin sisällä ei itsessään johda Suomen sote-palvelujärjestelmän muuttumiseen luonteeltaan taloudelliseksi toiminnaksi, mikäli järjestelmän keskeisiin solidaarisuusperiaatetta ilmentäviin ominaispiirteisiin ei samalla puututtaisi. Pohjoismaisessa mallissa solidaarisuusperiaatetta ilmentävät erityisesti laajalti saatavilla olevat julkiset palvelut,

joista ei peritä niiden käyttäjiltä markkinaperusteista hintaa vaan julkinen valtaa järjestää ja rahoittaa palvelut, vaikka niiden tuottamiseen osallistuu merkittävästikin yksityisiä tuottajia.

4. POHJOISMAINEN VERTAILU

Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa sote-palveluiden järjestämisvastuu on lainsäädännöllisesti eri tavoin ainakin tosiasiallisesti erotettu tuottamisesta: julkisilla viranomaisilla on järjestämisvastuu, kun taas tuottaminen voi tapahtua julkisten, yksityisten tai kolmannen sektorin toimijoiden kautta sopimuksin tai valinnanvapausjärjestelmin. Keskeisin jännite kaikissa maissa on julkisen sektorin, joka on järjestäjä ja useissa palveluissa ensisijainen palveluiden tuottaja, ja yksityisten palvelutuottajien roolin välillä. Kyseinen jännite ei kuitenkaan ole ensisijaisesti perustuslaillinen vaan lainsäätäjän harkintavaltaan kuuluva yhteiskuntapoliittinen ja palvelujärjestelmän tehokasta ja tarkoituksenmukaista toimintaa koskeva kysymys.

Norjassa trendi on kohti yksityisten toimijoiden tiukempaa sääntelyä, Ruotsissa järjestelmä on avoimempi eri tuottamistavoille, ja Tanskassa laaja poliittinen konsensus tukee pragmaattista yksityisten toimijoiden integraatiota julkisen järjestämisvastuun alle. Suomessa pyrkimys hyvin laajaan sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaaliseen ja vertikaaliseen integraatioon on ohjannut järjestäjän ja tuottajan roolien määrittelyä sekä ylipäänsä johtanut pyrkimyksiin loiventaa järjestäjän ja tuottajan roolien erottamista.

Tässä pohjoismaisessa vertailussa kiinnitämme huomiota siihen, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta on säädetty ja mitä tehtäviä ymmärretään järjestämiseen kuuluviksi. Samalla pyritään piirtämään vertaileva kuva sosiaali- ja terveyspalveluiden organisoinnin ja rahoittamisen sekä julkisten ja yksityisten tuottajien rooleista sekä sitä koskevan lainsäädännön yleiskuva. Huomiota kiinnitetään myös valtiosääntöoikeudellisiin ja muihin oikeudellisiin ajattelumalleihin, jotka vaikuttavat lainsäädäntöön ja ohjaavat lainsäädännön tulkintaa ajattelumallien tasolla.

4.1 Ruotsi

Ruotsin valtiosääntö koostuu neljästä peruslaista, joista hallitusmuoto (*Regeringsformen*, SFS 1974:152) on keskeisin sekä yleisesti että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta. Kunnat ja alueet (*landsting/regioner*) nauttivat perustuslaillisesti suojattua itsehallintoa ja verotusoikeutta. Ruotsin hallitusmuoto suojaa perusoikeuksia ja sisältää perusoikeussäännökset, mutta sosiaaliset oikeudet toteutetaan pääosin tavallisen lainsäädännön kautta. Ruotsin hallitusmuodon 1 luvun 2 §:n 2 momentissa säädetään, että yksilön henkilökohtainen, taloudellinen ja kulttuurinen hyvinvointi on kaiken julkisen toiminnan perustavanlaatuinen tavoite ja julkisen vallan velvollisuutena on huolehtia sosiaalipalveluista ja sosiaaliturvasta sekä hyvistä edellytyksistä terveyteen.

Ruotsin perustuslaissa ei ole täysin Suomen perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momenttia vastaavaa nimenomaista sosiaalisten perusoikeuksien pykälää jokaisen oikeudesta riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin eikä Suomen perustuslain 124 §:ää julkisten hallintotehtävien ulkoistamisen rajoittamisesta. Ruotsin hallitusmuodon 12 luvun 4 §:ssä säädetään, että julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan antaa yksityisille vain lain nojalla.

Ruotsin terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden järjestämisen lainsäädännöllinen perusta muodostuu terveydenhuoltolaista (*Hälso- och sjukvårdslag*, SFS 2017:30), sosiaalipalvelulaista (*Socialtjänstlag*, SFS 2001:453), valinnanvapauslaista (*Lag om valfrihetssystem*, SFS 2008:962, LOV) ja potilaslaista (*Patientlag*, 2014:821). Hammashoidosta säädetään lisäksi erikseen hammashoitolaissa (*Tandvårdslagen*, SFS 1985:125).

Terveydenhuoltolaki nimeää 21 aluetta (*regioner*) ja kunnat palveluiden järjestäjiksi (*huvudmän*), joilla on lakisääteinen velvollisuus tarjota asukkailleen hyvää terveydenhuoltoa. Alueet vastaavat sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja rahoituksesta. Alueilla on itsehallinto ja verotusoikeus ja ne päättävät itsenäisesti palvelujen organisointitavasta, resurssien jaosta ja palvelujen tuottamisesta. Sosiaalipalvelulaki puolestaan asettaa kunnat vastuuseen vanhustenhuollosta, vammaispalveluista ja kotihoidosta.

Perusterveydenhuolto toteutetaan terveyskeskuksissa (*vårdcentraler*), jotka tarjoavat esimerkiksi yleislääkäri- ja neuvolapalveluita. Vuoden 2022 uudistuksen jälkeen perusterveydenhuollossa on siirrytty listautumispohjaiseen malliin, jossa jokainen asukas on listattu tiettyyn terveyskeskukseen (Larsen ym., 2020). Ruotsissa ei ole muodollista portinvartijajärjestelmää, eli potilailla on mahdollisuus hakeutua suoraan erikoissairaanhoitoon ilman yleislääkärin lähetettä, joskin alueet voivat asettaa omia lähetevaatimuksiaan.

Erikoissairaanhoito on organisoitu alueellisiin ja yliopistollisiin sairaaloihin. Ruotsissa on seitsemän yliopistosairaalaa, jotka tarjoavat vaativinta erikoissairaanhoitoa ja toimivat opetus- ja tutkimussairaaloina. Vaativimman erikoissairaanhoidon koordinointia varten alueet tekevät yhteistyötä kuuden sairaanhoitoalueen (*sjukvårdsregioner*) puitteissa.

Ruotsissa järjestäjän ja tuottajan roolien erottelu on institutionalisoitu 1990-luvulta lähtien niin kutsutun tilaaja-tuottajamallin (*beställare-utförare*) kautta. Sosiaali- ja terveydenhuoltolaissa (1 §) käytettävä peruskäsitteistö on päämies ja hoidontuottaja (*vårdgivare*). Lain III osassa on alueita terveydenhuollon järjestäjänä koskevat säännökset ja IV osassa puolestaan kuntia koskevat säännökset. Lainsäädännön tasolla eri sote-palveluiden integraatiota ei ole toteutettu tai edellytetty organisoinnin perustana läheskään yhtä kattavasti kuin Suomessa.

Terveydenhuoltolain III osassa säädetään alueiden järjestämisvastuuseen kuuluvista tehtävistä ja velvoitteista. Näitä ovat palveluiden ja niiden tuotannon suunnittelu, organisointi ja yhteensovittaminen suhteessa väestön palvelutarpeeseen sekä varautuminen poikkeustilanteisiin, suuronnettomuuksiin tai laajalle levinneisiin sairauksiin. Perusterveydenhuolto tulee järjestää valinnanvapausjärjestelmän mukaisesti, jolloin järjestäjänä toimiva alue tekee sopimukset valinnanvapaustuottajien kanssa. Järjestäjän tehtäviin kuuluu eri palveluntuottajien ja hoidon osa-alueiden yhteensovittaminen.

Vuonna 2010 kansalliseksi tehty valinnanvapausjärjestelmä (*vårdval*) perusterveydenhuollossa luo pakollisen tilaaja-tuottajamallin, jossa alue määrittelee palvelun sisällön, laatuvaatimukset ja korvauksen tason, ja hyväksytyt tuottajat – sekä julkiset että yksityiset – saavat yhtäläisen korvauksen. Potilaalla on oikeus valita tuottajansa vapaasti. Potilaan valinnanvapaus on turvattu myös potilaslailla, joka takaa oikeuden valita terveyskeskus ja avoterveydenhuollon yksikkö koko maassa. Erikoissairaanhoidossa valinnanvapaus on rajatumpi. Noin 46 prosenttia Ruotsin perusterveydenhuollon yksiköistä on yksityisesti operoituja mutta julkisesti

rahoitettuja. Erikoissairaanhoidossa yksityisten tuottajien osuus on selvästi pienempi, vuonna 2023 noin 19 prosenttia.[66]

Perusterveydenhuollossa sovellettavasta valinnanvapausjärjestelmästä julkisten palveluiden hankintamenettelynä säädetään tarkemmin valinnanvapauslaissa. Valinnanvapausjärjestelmä on erityinen hankintamenettely, jossa palveluiden järjestäjä tekee palveluntuottajan kanssa sopimuksen ehdoista, joilla se tarjoaa palveluita. Päätöksen listautumisesta tietyn palveluntuottajan palveluiden käyttäjäksi tekee kuitenkin palvelun loppukäyttäjä. Erikseen on säädetty tilanteista, joissa loppukäyttäjä ei ole valinnut palveluntuottajaansa. Valinnanvapausjärjestelmässä palveluiden järjestäjänä toimiva alue toimii valinnanvapausjärjestelmän piiriin kuuluvien palveluiden hankintaviranomaisena. Ruotsin hallintolakia ei sovelleta valinnanvapausjärjestelmän piiriin kuuluvissa palveluissa.

Valinnanvapauslaissa säädetään yksityiskohtaisemmin perusterveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmän toiminnasta ja suhteesta julkisia hankintoja koskevaan sääntelyyn. Laissa säädetään valinnanvapausjärjestelmässä sovellettavista yleisistä periaatteista, kuten syrjimättömyydestä eri tuottajien kesken, sekä hyväksymisestä tuottajaksi valinnanvapausjärjestelmässä ja sopimuksen tekemisestä. Valinnanvapausjärjestelmässä palveluiden järjestäjän yhtenä keskeisimmistä tehtävistä ja ohjauskeinoista on palvelutuottajien listautumisen ja ehtojen sekä rahoituksen ohjaaminen ja arviointi suhteessa palveluiden laatuun.

Ruotsissa keskustaoikeistolaisen hallituksen johdolla valtion ja Ruotsin alueiden ja kuntien välisessä puitesopimuksessa on lähivuosille sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen painopisteiksi sovittu hoitojonojen lyhentäminen, saatavuuden parantaminen sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation lisääminen. Keskeisessä asemassa on muun muassa kansallisten laaturekistereiden kehittäminen edelleen.[67]

Olennaista on, ettei Ruotsin perustuslaista johdu vaatimusta siitä, että julkisella järjestäjällä tulisi olla riittävästi omaa palvelutuotantoa. Terveydenhuoltolaki velvoittaa alueet järjestämään ja rahoittamaan palvelut, mutta ei määrää tuotantotapaa. Alueet voivat tuottaa palvelut itse tai hankkia ne yksityisiltä tuottajilta. Samalla valinnanvapauslaki nimenomaisesti erottaa rahoittamis- ja järjestämisfunktion suorasta palvelun tuottamisesta. Ruotsissa on pidempään rajattu lääketieteelliset hoitopäätökset ja hoidon tarpeen arviointia koskevat menettelyt julkisen vallankäytön käsitteen ulkopuolelle. Julkisen vallan käyttämistä ovat Ruotsissa lähinnä tahdonvastaista hoitoa koskevat päätökset. Julkisia hallintopäätöksiä ovat lähinnä terveydenhuollon rahoittamista koskevat päätökset. [68]

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä järjestäjän ja tuottajan roolien erottelu perustuu tavanomaiseen lainsäädäntöön, erityisesti terveydenhuoltolakiin, eikä perustuslain

[66] European Observatory on Health Systems and Policies. Sweden: Country Health Profile 2024, State of Health in the EU. WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

[67] Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om god och nära vård 2024 – En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvårdmed primärvården som nav, Diarienummer: S2023/03334, https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2023/12/overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-god-och-nara-vard-2024--en-personcentrerad-och-patientsaker-halso--och-sjukvardmed-primarvarden-som-nav/.

[68] Ks. Ruotsin järjestelmän ajattelun kehityksestä esim. Proposition 1992/93:43 Ökad konkurrens i kommunal verksamhet, s. 22.

nimenomaiseen vaatimukseen. Perustuslaista ei johdu vaatimusta järjestämisvastuussa olevien julkisten tahojen riittävästä omasta palvelutuotannosta. Yksityisten tuottajien osallistuminen julkisesti rahoitettuun palvelutuotantoon on laajamittaista ja lainsäädännöllä aktiivisesti tuettua.

4.2 Norja

Norjassa on tosiasiallisesti tavallisen lainsäädännön tasolla toteutettu pitkälle menevä tuottajan ja järjestäjän toiminnallinen ja organisatorinen erottelu, mutta tätä ei ole laissa täysin kattavasti käsitteellistetty järjestäjän ja tuottajan käsitteiden kautta taikka tilaaja- ja tuottajamalleilla. Norjan sosiaali- ja terveyspolitiikan sekä hallintopolitiikan samoin kuin valtiosääntöisen ajattelun perustana on pragmaattisuus palveluntuotannossa ja palveluiden järjestämisessä.

Norjan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen taustalla ovat Norjan perustuslain (*Grunnloven*) säännökset kunnan ja maakunnan itsehallinnosta. Norjan kuntalaissa (*kommuneloven*) säädetään kunnista ja maakunnista. Norjan perustuslain perusoikeussäännöksissä ei ole Suomen perustuslain 19 §:n 1 tai 3 momenttia vastaavia säännöksiä oikeudesta riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Norjassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja tuottamisen kysymyksiä ei ole myöskään tarkasteltu ensisijaisesti valtiosääntöoikeudellisesta näkökulmasta vaan pragmaattisena sosiaali- ja terveyspoliittisena ja osaksi hallintopoliittisena ja taloudellisena kysymyksenä. Norjassa käytännössä hyödynnetään julkisista ja yksityisistä tuottajista koostuvaa monituottajamallia, jossa julkisella ja yksityisellä on selvästi eri profiilit perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

Norjan terveydenhuoltojärjestelmä perustuu vastuunjakoon, jossa valtio vastaa erikoissairaanhoidosta ja kunnat perusterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista. Erikoissairaanhoito on organisoitu neljän alueellisen terveysyrityksen (*regionale helseforetak*) alaisuuteen: Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge ja Helse Nord. Nämä alueelliset terveysyritykset omistavat sairaaloita ja vastaavat erikoissairaanhoidon suunnittelusta, koordinaatiosta ja tuottamisesta (*lov om helseforetak* 2001:93; *lov om spesialisthelsetjenesten* 1999:61).[69]

Perusterveydenhuolto on kuntien vastuulla (*lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* 2011:30). Norjassa on noin 356 kuntaa, jotka vastaavat perusterveydenhuollon palveluista mukaan lukien yleislääkäripalvelut, fysioterapia, terveydenhoitajapalvelut, kouluterveydenhuolto, äitiyshuolto ja mielenterveyspalvelut. Norjassa on käytössä omalääkärijärjestelmä (*fastlege*), jossa jokainen asukas on listattu omalle yleislääkärilleen. Yleislääkärit ovat pääosin itsenäisiä ammatinharjoittajia, jotka toimivat sopimussuhteessa kuntien kanssa.

Yleislääkäreiden portinvartijatehtävä on keskeinen osa Norjan terveydenhuoltojärjestelmää. Erikoissairaanhoitoon pääsy edellyttää pääsääntöisesti yleislääkärin lähetettä, ja potilaan oikeudet erikoissairaanhoitoon on turvattu lailla (*pasient- og brukerrettighetsloven* 1999:63). Potilailla on oikeus saada arvio hoidontarpeestaan määräajassa ja oikeus valita erikoissairaanhoidon yksikkö.

[69] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2024c). Norway: Country Health Profile 2024, State of Health in the EU. OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies.

Norjassa järjestäjän ja tuottajan erottelu ilmenee eri tavalla perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Norjan lainsäädännössä keskeinen käsite on *sørge-for-ansvar* (velvollisuus huolehtia palvelujen saatavuudesta), joka vastaa pitkälti suomalaista järjestämisvastuuta. Järjestämisvastuusta säädetään kuntia koskevassa terveydenhuoltolaissa (*lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* 2011:30) ja erikoissairaanhoitoa koskevassa laissa (*lov om spesialisthelsetjenesten* 1999:61).

Kunnallisista terveys- ja hoivapalveluista annetussa laissa säädetään kunnille järjestämisvastuu perusterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista. Lain 3 §:ssä säädetään järjestämisvastuusta. Kunnan on järjestettävä tarpeelliset terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut joko tuottamalla ne itse tai sopimuksin julkisten ja yksityisten tuottajien kanssa. Järjestämisvastuu määritellään laissa seuraavasti: kunnan vastuu tarkoittaa velvollisuutta suunnitella, toteuttaa, arvioida ja korjata toimintaa siten, että palvelujen laajuus ja sisältö vastaavat laissa tai asetuksessa säädettyjä vaatimuksia. Asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä tämän velvollisuuden sisällöstä. Kunnan terveys- ja hoivapalveluihin kuuluvat julkisesti järjestetyt terveys- ja hoivapalvelut, jotka eivät kuulu valtion tai maakunnan vastuulle.

Käytännössä yleislääkäritasoiset terveyspalvelut järjestetään omalääkärimallilla, jossa kunta on sopinut asukkailleen perusterveydenhuollon palvelut väestövastuullisten omalääkärien kanssa. Perusterveydenhuollossa kunnat sopivat yksityisinä ammatinharjoittajina toimivien yleislääkäreiden (*fastleger*) kanssa palveluiden tuottamisesta. Yleislääkärit saavat korvauksensa kunnan asukaskohtaisesta maksusta, valtion maksamasta palveluperusteisesta tuotantokorvauksesta ja potilaan omavastuumaksusta. Tämä muodostaa tosiasiallisen tilaaja-tuottajamallin, vaikka sitä ei Norjassa yleensä virallisesti nimetä sellaiseksi. Valtion tuotantokorvauksen maksaa terveysviraston (*Helsedirektoratet*) alainen Helfo -virasto. Sosiaalipalvelulaissa (*lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen*) puolestaan säädetään kuntien vastuusta sosiaalipalveluista. Kunnat vastaavat taloudellisesti ja toiminnallisesti palveluista, joita ei ole osoitettu valtion viranomaisille.

Perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa ei ole Norjassa integroitu samaan tuotanto-organisaatioon. Erikoissairaanhoito on valtion järjestämisvastuulla ja edellä kuvatusti organisoitu neljän alueellisen valtion erityistehtäväyhtiön järjestettäväksi ja tuotettavaksi terveysministeriön strategisessa ja vuosittaisten ohjauskirjeiden kautta tapahtuvassa ohjauksessa. Järjestämisen ja tuottamisen erottelua ei ole tehty näiden erityistehtäväyhtiöiden toiminnassa.

Järjestäjän ja tuottajan erottelun tarvetta on hiljattain käsitelty muun muassa yksityisten palveluntuottajien roolia hyvinvointivaltiossa käsitelleessä Norjan hyvinvointipalvelukomitean mietinnössä.[70] Vuonna 2023 sairaalakomitean mietinnössä samoin pohdittiin yhtiömuotoisten sairaaloiden ohjauksen tiukentamista ja voimakkaampaa kansanvaltaista ohjausta sekä rahoituskannustimien lisäksi paremmin potilaiden tarpeisiin perustuvalla ohjauksella. Mietinnössä korostettiin enemmän yleiskatteellisen rahoituksen ja kuntien sekä sairaalayhtiöiden autonomian rahoituskehyksen puitteissa merkitystä.[71] Norjan hallitus onkin pyrkinyt edistämään näitä

[70] Ks. NOU 2020: 13. (2020). *Private aktører i velferdsstaten*. Nærings- og fiskeridepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-13/id2788017/.

[71] NOU 2023: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus*. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/.

tavoitteita kansallisessa terveydenhuollon yhteensovittamisen suunnitelmassa.[72] Tosiasiallisesti rahoituksessa ja ohjauksessa autonomian lisääminen jossain määrin tuo tilaaja- ja tuottajamallin piirteitä, mutta vain strategisen ohjauksen tasolla. Erikoissairaanhoidossa ei keskustelusta huolimatta ole tehty järjestäjä-tuottajamallia vahvemmin toteuttavia uudistuksia. Norjassa on ollut jonkin verran poliittista keskustelua siitä, että valtion sairaanhoitoa koskevien erityistehtäväyhtiöiden koko toimintamalli pitäisi arvioida kokonaisuutena.

4.3 Tanska

Tanskan perustuslaki (*grundloven*, LOV nr 169 af 05/06/1953) sisältää Suomen perustuslain 19 §:ään verrattuna suppeammin säännöksiä sosiaalista perusoikeuksista. Tanskan perustuslain 75 §:ssä säädetään lähinnä oikeudesta tukeen laissa säädettävällä tavalla niille, jotka eivät kykene elättämään itseään tai huollettaviaan. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen pohjautuu tavalliseen lakiin ja poliittisen konsensukseen.

Tanskan terveydenhuollon perusteet säädetään terveyslaissa (*sundhetsloven*, LBK nr 275 af 12/03/2025) ja sosiaalihuollon perusteet puolestaan sosiaalipalvelulaissa (*serviceloven*, *lov om social service*, LBK nr 1129 af 22/09/2025). Terveyslain perusteella viisi aluetta (*region*) ovat järjestämisvastuussa terveydenhuollosta. Erikoissairaanhoidossa järjestämistä ja tuottamista ei ole eriytetty, vaan alueet omistavat ja ylläpitävät julkisia sairaaloita ja ovat velvollisia varmistamaan erikoissairaanhoidon sairaalatasoisen palveluiden saatavuuden. Kun järjestämisvastuu erikoissairaanhoidossa toteutetaan yleensä alueen omalla tuotannolla, toimivat alueet käytännössä sekä tilaajina että tuottajina.

Tanska uudistaa terveydenhuoltojärjestelmäänsä vuoteen 2027 mennessä tavoitteena vähentää eriarvoisuutta ja tuoda palvelut lähemmäs kansalaisia. Yksi keskeinen muutos on alueiden määrän vähentäminen viidestä neljään, kun Region Sjælland ja Region Hovedstaden yhdistyvät uudeksi Region Østdanmarkiksi.

Perusterveydenhuollossa Tanska soveltaa tosiasiallista tilaaja-tuottajamallia. Alueet toimivat järjestäjinä ja rahoittajina, mutta palvelut tuottavat yksityiset yleislääkärit, jotka toimivat itsenäisinä ammatinharjoittajina kollektiivisten sopimusten (*overenskomst*) puitteissa. Sopimukset neuvotellaan alueiden yhteistyöelimen Danske Regionerin ja yleislääkäriliitto PLO:n välillä. Korvaus koostuu noin 30 prosenttia asukaskohtaisesta kiinteästä korvauksesta ja 70 prosenttia palvelukohtaisista korvauksista. Kunnat (98 kappaletta) vastaavat paikallisista perusterveydenhuollon palveluista, vanhustenhuollosta, kuntoutuksesta, ennaltaehkäisevästä hoidosta ja sosiaalipalveluista. Yksityiset sairaalat täydentävät julkista järjestelmää erityisesti hoitotakuujärjestelmän kautta.

4.4 Yhteenvetoa pohjoimaisesta vertailusta

Pohjoismaat jakavat yhteiskuntamallin, jossa julkisilla palveluilla sekä korkeatasoisella terveydenhuollolla ja laajasti saatavilla olevilla sosiaalipalveluilla, jotka rahoitetaan merkittävässä

[72] Norjan hallitus, Melding til Stortinget, Meld. St. 9 (2023–2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/.

laajuudessa verovaroin, on suuri rooli. Pohjoismaiden julkinen ja yksityinen terveydenhuolto on myös kansainvälisessä vertailussa yleensä ottaen korkeatasoista.

Suomen lisäksi mikään muu Pohjoismaa ei aseta perustuslaillista vaatimusta julkisen järjestäjän riittävästä omasta tuotannosta. Ruotsin valinnanvapausjärjestelmä ja Norjan yleislääkäreihin perustuva omalääkärijärjestelmä osoittavat, että laajamittainen yksityinen palvelutuotanto on mahdollista julkisen järjestämisvastuun alla ilman perustuslaillista ongelmaa. Samanaikaisesti tosiasiallisessa julkisen terveydenhoidon tasossa ja hoitoon pääsyssä ei muissa Pohjoismaissa ole sellaisia ongelmia, että niissä tilanne oikeuden terveyteen ja terveyspalveluihin suhteen olisi Suomea heikompi.

Eri Pohjoismaat ovat myös omaksuneet yksityiskohdiltaan jossain määrin toisistaan poikkeavia ratkaisuja mitä tulee järjestäjän ja tuottajan roolien erotteluun soveltuvassa lainsäädännössä. Yhteistä niille on kuitenkin se, että tämä erottelu on ennen kaikkea tavallisen lainsäädännön piiriin kuuluva asia. Muissa Pohjoismaissa erotteluun on vaihtelevassa määrin päädytty ilman, että sen olisi nähty uhkaavan julkisen vallan palvelujen turvaamista koskevia velvoitteita. Suomen tilanne, jossa sote-palvelujärjestelmää koskevan lainsäädännön kehittämiselle on ollut leimallista valtiosääntöoikeudellisten reunaehtojen ja niitä koskevien argumenttien korostuminen, erottaa Suomen tältä osin muista Pohjoismaista.

5. MAHDOLLISUUDET JÄRJESTÄJÄN JA TUOTTAJAN ROOLIEN NYKYISTÄ SELVÄPIIRTEISEMMÄLLE EROTTELULLE SUOMEN SOTE-JÄRJESTELMÄSSÄ

Perustuslaki ja sen tulkintakäytäntö asettavat yleiset puitteet sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiselle sekä järjestämisen ja tuottamisen erottelulle. Tältä osin olennaisia ovat erityisesti perustuslain 19 §:n 1 ja 3 momentin mukaiset perusoikeudet sekä perustuslain 124 §:n säännökset julkisten hallintotehtävien antamisesta muun kuin viranomaisen tehtäväksi.

5.1 Perustuslain 19 §:n tulkinta sekä rajoitteet ja mahdollisuudet

Perustuslakivaliokunta on johdonmukaisesti linjannut, että vaikka perustuslain 19 §:n 3 momentti viittaa nimenomaisesti julkisen vallan velvoitteeseen turvata laissa tarkemmin säädettävällä tavalla jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, ei säännös estä sosiaali- ja terveyspalveluiden toteuttamista myös muiden kuin julkisen vallan toimesta. Perustuslain 19 § ei myöskään määrittele sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistapaa eikä organisoinnin yksityiskohtia. Perustuslain säännökset sosiaali- ja terveyspalveluista eivät toisaalta myöskään sitoneet järjestämistä perustuslain säätämisen aikaiseen tai muuhunkaan nimenomaiseen lainsäädäntöön, vaan lainsäätäjällä on sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä perustuslain antamassa viitekehyksessä käytännössä runsaasti harkintavaltaa.

Julkisella vallalla on perustuslain 19 §:n 1 momentin edellyttämän ja suoraan perustuslain nojalla subjektiivisena oikeutena turvaaman välttämättömän huolenpidon ja 19 §:n 3 momentin tarkoittamien riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamisvelvollisuus. Julkinen valta voi täyttää turvaamisvelvollisuuttaan eri tavoin. Yksi keskeisistä ja välttämättömistä tavoista on lainsäädäntö.

Perustuslakivaliokunta on käytännössään sote-uudistukseen liittyneestä lausuntokäytännöstä lähtien edellyttänyt turvaamisvelvollisuuden osana, että julkinen valta ylläpitää riittävästi omaa tuotantoa sen varmistamiseksi, että julkinen valta voi turvata kaikissa tilanteissa jokaiselle riittävät ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut.[73] Julkisen vallan omalla tuotannolla ja sen ylläpitämisellä on näin sosiaali- ja terveyspalveluiden viimekätisen takaajan rooli. Tätä roolia ei perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännön valossa tarvitse toteuttaa yksinomaan oman tuotannon avulla, kunhan lainsäädäntöön palautuen on riittävät takeet siitä, että jokaisen oikeudet riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin toteutuvat yhdenvertaisin perustein kaikissa tilanteissa.

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen varsin radikaaliin sote-uudistukseen sisältynyt valinnanvapausmalli herätti runsaasti vastustusta mutta sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden piirissä laajasti myös huolia uudistuksen vaikutuksista eri tilanteissa, esimerkiksi kaavaillun sosiaali- ja terveysaseman ajautuessa konkurssiin ja toiminnan päättyessä konkurssin takia. Toinen erityinen huoli oli riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus markkinapuutetilanteissa. Kolmas perustuslakivaliokunnan käsittelyssä ollut erityinen huolenaihe liittyi valinnanvapausmallin sisältämän laajan yhtiöittämisvelvollisuuden perusteluihin ja seurausvaikutuksiin tilanteessa, jossa tämä yhdistyi tuolloin ehdotetun maakunnan liikelaitoksen kieltoon tuottaa valinnanvapauden piiriin kuuluneita palveluita ja palveluseteliä vastanneella asiakassetelillä tuotettavia palveluita. Perustuslakivaliokunnan tuolloin antamia kannanottoja, kuten perustuslain tulkintaa yleensäkin, on tarkasteltava kulloinkin esillä olleessa asiayhteydessä. Perustuslakivaliokunnan kannanottoja julkisen vallan omasta tuotannosta ei ole näin perusteltua tulkita laajentavasti.

Perustuslakivaliokunnan yksi keskeisimmistä kannanotoista tuossa asiayhteydessä oli, että perustuslaillinen ongelma suhteessa perustuslain 19 §:n 3 momenttiin saattaa syntyä silloin, **jos ehdotettuun lainsäädäntöön sisältyy rakenteellisia ongelmia, jotka suurella todennäköisyydellä johtavat siihen, että perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisten oikeuksien tosiasiallinen toteutuminen vaarantuu.** [74] Perustuslakivaliokunta lausui tuossa asiayhteydessä, että julkiselle toimijalle, tuolloisessa ehdotuksessa maakunnan liikelaitokselle, tulee asettaa velvollisuus ylläpitää sellaista palvelutuotannon tasoa ja valmiutta, että se kykenee näillä keinoin kaikissa tilanteissa asianmukaisesti turvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden riittävän saatavuuden ja tarvittaessa välittömästi puuttumaan korvaavan palvelutuotannon keinoin mahdollisiin palveluiden saatavuutta vaarantaviin tilanteisiin.[75] Samalla on järjestäjän ja tuottajan erottelun kannalta huomattava, ettei julkisen organisaation sisällä tuotannon osoittaminen maakunnan liikelaitokselle muodostanut valtiosääntöoikeudellista ongelmaa.

Perustuslakivaliokunta on sittemmin todennut selkeästi, **ettei perustuslaista kuitenkaan johdu tarkkoja rajoja oman tuotannon määrälle tai sen toteuttamisen tavoille**. Valiokunnan mielestä oleellista on varmistaa lainsäädännössä se, että vastuussa oleva järjestäjä voi kaikissa tilanteissa turvata sosiaali- ja terveyspalveluiden riittävän saatavuuden.[76]

[73] PeVL 17/2021 vp, kappale 70 ja PeVL 15/2018 vp, s. 16.

[74] PeVL 65/2018 vp, s. 15, 17 ja 32 sekä PeVL 26/2017 vp, s. 37–38.

[75] PeVL 15/2018 vp, s. 18–19.

[76] PeVL 17/2021 vp, kappale 70.

Lainsäätäjällä on tässä yhteiskuntakehityksen ja niihin kuuluvien taloudellisten ja toiminnallisten realiteettien valossa harkintavaltaa mutta samalla perusteluvelvollisuus siitä, että perustuslain 19 §:n 3 momentin asettamat reunaehdot täyttyvät. Lainsäädäntöön ja siinä säädettävään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämistapaan kohdistuvat riskit on arvioitava kunkin muutoksen ja yhteiskunnallisen tilanteen edellyttämällä tavalla siitä lähtökohdasta vaarantuuko perustuslain 19 §:n 1 momentin ja 19 §:n 3 momentin tarkoittamien oikeuksien toteutuminen suurella todennäköisyydellä.

Perustuslain 19 §:n säännöskokonaisuudessa ja tulkinnassa huomioon otettavien kansainvälisten ihmisoikeusvelvoitteiden valossa tämä tarkoittaa palveluiden järjestämistä ja palvelurakennetta, joka mahdollisimman hyvin turvaa yksilötasolla mahdollisuuden välttämättömään huolenpitoon ja terveyteen, edistää väestön terveyttä sekä turvaa mahdollisimman tehokkaasti tämän ja mahdollisuuden toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä edellyttämät sosiaali- ja terveyspalvelut. Perustuslaki ei näin edellytä mitään tiettyä palveluiden järjestämis- ja tuotantotapaa.

Tässä suositeltua perustuslain tulkintatapaa puoltaa myös pohjoismainen oikeusvertailu. Pohjoismaat jakavat yhteiskuntamallin, jossa julkisilla palveluilla sekä korkeatasoisella terveydenhuollolla ja laajasti saatavilla olevilla sosiaalipalveluilla, jotka rahoitetaan merkittävässä laajuudessa verovaroin, on suuri rooli. Pohjoismaiden julkinen ja yksityinen terveydenhuolto on myös kansainvälisessä vertailussa korkeatasoista.

Suomi eroaa muista Pohjoismaista siinä, että Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja sen kehittämisen yhteydessä ovat voimakkaasti korostuneet valtiosääntöoikeudelliset näkökohdat, jossa rakenteellista kehittämistä tehdään laajasti joko suoraan valtiosääntöoikeudellisin perustein tai niin, että sosiaali- ja terveyspolitiikan sisältö määrittyy laajasti perustuslain tulkinnan kautta. Suomen perustuslaki tai perustuslakivaliokunnan käytäntö eivät kuitenkaan lähtökohtaisesti edellytä näin pitkälle menevää valtiosääntöoikeudellistumista, vaikka perustuslaillisessa oikeusvaltiossa perustuslain tuleekin asettaa perusteet ja rajat kaikelle julkiselle toiminnalle.

Pohjoismaisessa vertailussa mikään muu Pohjoismaa ei aseta perustuslaillista vaatimusta julkisen järjestäjän riittävästä omasta tuotannosta. Ruotsin valinnanvapausjärjestelmä ja Norjan yleislääkäreihin perustuva omalääkärijärjestelmä osoittavat, että laajamittainen yksityinen palvelutuotanto on mahdollista julkisen järjestämisvastuun alla ilman perustuslaillista ongelmaa. Samanaikaisesti tosiasiallisessa julkisen terveydenhoidon tasossa ja hoitoon pääsyssä ei muissa Pohjoismaissa ole sellaisia ongelmia, että niissä tilanne oikeuden terveyteen ja terveyspalveluihin suhteen olisi Suomea heikompi. Päinvastoin näyttää siltä, että Suomessa on monissa suhteissa hoitoon pääsy ja terveysongelmien ehkäisy heikompaa tasoa kuin muissa Pohjoismaissa.[77]

Perustuslain teksti tai perustuslakivaliokunnan käytäntö eivät toisaalta myöskään suoranaisesti edellytä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen ja tuottamisen erottamista. Sama havainto koskee oikeusvertailun perusteella myös muita Pohjoismaita. Järjestäjän ja tuottajan roolien erottelu on tavallisen lainsäädännön piiriin kuuluva asia, jolle perustuslaki kuitenkin

[77] Ks. Esim. OECD and European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle* (OECD Publishing 2024) 159, https://doi.org/10.1787/b3704e14-en.

asettaa tiettyjä reunaehtoja. Erottelu on pitkälti käytännöllinen johtopäätös, johon muissa Pohjoismaissa on vaihtelevassa määrin päädytty ilman, että sen olisi nähty uhkaavan palvelujen turvaamisvelvoitteita.

Itse asiassa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjän ja tuottajan roolien funktionaalisen erittelyn tarvetta johtuu juuri perustuslain 19 §:ään sisältyvästä julkisen vallan turvaamisvelvoitteesta. Julkisen vallan on perustuslain 19 §:n mukaisesti turvattava perustuslain sisältämien oikeuksien tosiasiallinen toteutuminen. Käytännössä monituottajamalli edellyttää vahvan ja ammattitaitoisen palveluiden järjestämistoiminnon ohjaamaan palvelutuottajia ja eri palvelutuottajien valintaa. Lainsäätäjän on järjestettävä tarvittavien sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoitus sekä organisoitava toimijat, palveluiden järjestäjät, jotka huolehtivat sosiaali- ja terveyspalveluiden käytännön järjestämisestä. Näin palveluiden järjestäminen ja sen sisältämä palvelujärjestelmän määrittely, ohjaaminen sekä seuranta, valvonta ja arviointi ovat perustuslain edellyttämiä toimintoja, joilla on nimenomaan perusoikeuksia turvaava tehtävä. Nämä tehtävät tulee tuotannon ohella hoitaa, mutta perustuslaki ei edellytä niiden organisatorista eriyttämistä.

Perusoikeuksien turvaaminen tarkoittaa myös, että varsinkin mittavissa muutoksissa ja niihin sisältyvissä riskeissä on pystyttävä turvaamaan perusoikeuksien toteutuminen. Samalla Suomen sote-uudistusten historia osaltaan osoittaa, että perustuslakivaliokunta eri yhteyksissä toisaalta kiirehti sote-uudistuksen toteuttamista, kun aikaisempi järjestelmä alkoi yhä enemmän sisältää ongelmia palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden toteuttamisen kannalta.

Perustuslain 18 §:ssä suojatulla elinkeinovapaudella voi olla myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydessä jonkin verran merkitystä. Perustuslakivaliokunta on perustuslain 20 §:n mukaisen ympäristöperusoikeuden, joka sisältää myös oikeuden terveelliseen ympäristöön, ja ympäristöperusoikeutta toteuttavan jätehuollon yhteydessä todennut, että vaikka jätehuollon järjestäminen voidaan sinänsä lailla laajasti osoittaa kunnille ja jätelain säännöksillä antaa kunnille mahdollisuudet organisoida operatiiviset jätehuoltotehtävät kunnan omistaman jätehuoltoyhtiön tehtäväksi, kunnan mahdollisuus vastata itse jätteen käsittelystä tai siirtää jätteen käsittely kuntien omistamalle yhtiölle voi joissakin tapauksissa käytännössä johtaa sekä perustuslain ympäristövastuusäännöksen toteutumisen että elinkeinovapauden kannalta epätoivottavaan tilanteeseen. Näin on perustuslakivaliokunnan mukaan etenkin silloin, jos kunta tai kuntien omistama yhtiö huolehtii käsittelystä, vaikka yksityiset yritykset joiltain osin pystyisivät tarjoamaan etusijajärjestyksen toteutumisen kannalta parempia jätteiden käsittelytapoja.[78] Etusijajärjestyksellä tässä tarkoitetaan Euroopan unionin lainsäädännön säännöksiä siitä, mihin tarkoitukseen ja missä järjestyksessä jätteet on käytettävä kiertotalouden ja kestävän kehityksen toteuttamiseksi.

Vastaavaa argumentaatiota ei ole vielä käytetty sosiaali- ja terveydenhuollon yhteydessä mutta estettä tällekään näkökohdalle ei ole. Monituottajamallia ja yksityisen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hyödyntämistä ei siten pidä estää tilanteissa, joissa se pystyy hyvin täydentämään tai tarjoamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita.

Järjestäjän ja tuottajan erottelun kannalta merkityksellistä on myös se, että perustuslakivaliokunta ei pitänyt tuotantotehtävien erottamista maakunnan organisaatioon kuuluvaan

[78] PeVL 58/2010 vp, s. 4/II.

maakunnan liikelaitokseen ongelmallisena.[79] Hyvinvointialuelaissa säädetty hyvinvointialueen liikelaitos on osa hyvinvointialueen organisaatiota, joten tehtävien antamisessa sille ei ole kyse tehtävien yhtiöittämisestä eikä julkisten hallintotehtävien siirtämisestä viranomaiskoneiston ulkopuolelle. Ainoana ongelmana voidaan nähdä olevan, että hyvinvointialueen liikelaitos on hyvinvointialuelain 70 §:n säännöksen perusteella tarkoitettu liiketaloudellisten periaatteiden mukaan hoidettavaa tehtävää varten. Tätä voidaan perustuslain estämättä myös tarkentaa lainsäädännössä.

5.2 Perustuslain 124 §:n asettamat vaatimukset

Perustuslain 124 §:stä johtuu niin ikään joitain rajoitteita ja reunaehtoja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja tuottamisen erottelulle. Perustuslain 124 §:n kantava ajatus on, että julkiset hallintotehtävät kuuluvat pääsääntöisesti viranomaisille, ja niitä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä tämä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä ei voida antaa muulle kuin viranomaiselle lainkaan.

Perustuslakivaliokunta kiinnitti Sipilän hallituksen sote-uudistuksen yhteydessä huomiota osaksi juuri perustuslain 124 §:n soveltamiseen. Säännös on tarkoitettu rajoittamaan julkisten hallintotehtävien antamista viranomaiskoneiston ulkopuolelle eikä niinkään toimimaan laajana perustana julkisia hallintotehtäviä sisältävien tehtävien yhtiöittämiselle.[80]

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tämä merkitsee ennen muuta sitä, että järjestämisvastuu on valtiosääntöisesti eri asemassa kuin palvelujen varsinainen tuottaminen. Järjestäminen ei ole pelkkää hallinnollista koordinointia, vaan siihen sisältyy palvelujärjestelmän kokonaisohjausta, voimavarojen kohdentamista, palveluverkon määrittelyä, palvelujen saatavuuden turvaamista, valvontaa sekä viime kädessä vastuu siitä, että perustuslain 19 §:n 3 momentissa turvatut riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut toteutuvat yhdenvertaisesti. Nämä tehtävät ovat luonteeltaan julkisia hallintotehtäviä ja monilta osin julkisen vallan käyttöön kiinnittyviä ratkaisuja. Siksi niiden tulee säilyä viranomaisella.

Perustuslain 124 § ei kuitenkaan estä palvelutuotantoa myös yksityisten tai julkisomisteisten yhtiöiden toimesta. Perustuslakivaliokunta on toistuvasti katsonut, ettei perustuslain 19 § edellytä julkisyhteisöjen itse tuottavan kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Ratkaisevaa on, että vastuullisella järjestäjällä säilyy tosiasiallinen kyky turvata palvelujen riittävä saatavuus kaikissa tilanteissa. Tästä seuraa vaatimus riittävästä omasta tuotannosta tai muutoin uskottavasta varautumisesta tilanteisiin, joissa markkinat eivät kykene tai halua tuottaa välttämättömiä palveluja. Aiemmissa valinnanvapausmalleissa valtiosääntöinen ongelma liittyi juuri siihen, että julkiselle järjestäjälle asetettiin yhtiöittämisvelvollisuus ja samalla rajoitettiin sen mahdollisuutta omaan tuotantoon.[81] Tällainen rakenne saattoi vaarantaa järjestäjän kyvyn kantaa viimesijainen palveluvastuu.

[79] PeVL 65/2018 vp, s. 14–17.

[80] PeVL 26/2017 vp, s. 52.

[81] PeVL 26/2017 vp, s. 52.

Perustuslakivaliokunnan käytännössä on myös selvyyden vuoksi todettu, ettei julkisomisteinen yhtiö ole perustuslain 124 §:ssä tarkoitettu viranomainen. Tehtävän antaminen hyvinvointialueen tai muun julkisyhteisön omistamalle yhtiölle on siten valtiosääntöisesti edelleen tehtävän antamista viranomaiskoneiston ulkopuolelle. Omistuspohja voi vaikuttaa ohjauksen ja valvonnan käytännölliseen arviointiin, mutta se ei poista 124 §:n soveltumista. Julkisia hallintotehtäviä hoidettaessa virkavastuun, valvonnan, hyvän hallinnon ja oikeusturvan takeiden on katettava tehtävän hoito omistuspohjasta riippumatta.

Perustuslain 124 § on ollut avoimia tulkintatilanteita synnyttänyt säännös. Tämä johtuu jo siitä, että säännöksessä julkisella hallintotehtävällä tarkoitetaan laajaa hallinnollisten tehtävien kokonaisuutta. Julkiset hallintotehtävät käsittävät lakien toimeenpanoa, yksityisten henkilöiden ja yhteisöjen oikeuksia, velvollisuuksia ja etuja koskevaan päätöksentekoon liittyviä tehtäviä sekä myös palvelutehtäviä. Säännös kattaa sen perustelujen mukaan sekä viranomaisille nykyisin kuuluvien tehtävien siirtämisen että hallintoon luettavien uusien tehtävien antamisen muille kuin viranomaisille.[82]

Perustuslakivaliokunta on esittänyt kannanottonsa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kuulumisesta perustuslain 124 §:ssä tarkoitettujen julkisten hallintotehtävien piiriin ensinnäkin sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistusta koskevien lakiehdotusten yhteydessä.[83] Toiseksi perustuslakivaliokunta on tarkastellut asiaa tilanteissa, joissa on ollut kyse julkisen vallan käytöstä.[84] Perustuslakivaliokunta on selvästi kritisoinut sitä, että sen lausuntokäytännöstä on tehty liian yleispiirteisiä ja erittelemättömiä tulkintoja. Yksityiset palveluntarjoajat sopivat hyvinvointialueiden kanssa sote-järjestämislain 12 §:ssä säädettyjen edellytysten mukaisesti ostopalvelusopimuksissa palveluista, joita ne tuottavat hyvinvointialueille näiden järjestämisvelvollisuuden täyttämiseksi. Perustuslakivaliokunnan mielestä ainakaan näin rajatuissa ostopalveluissa ei ole kyse julkisista hallintotehtävistä.[85]

Aikaisemmin tulkinnanvarainen kysymys koski hoidon tarpeen arviointia ja hoitoon ottamista. Näissä tehtävissä on yhtäältä kyse julkisia voimavaroja sitovista ratkaisuista ja potilaan tosiasiallisesta pääsystä palveluihin ja arviointiin. Niihin liittyy täten muitakin kuin pelkästään lääketieteellisiä seikkoja. Tämän ajattelun mukaisesti vuoden 2021 sote-uudistusta koskevassa hallituksen esityksessä kyseiset tehtävät (ja yleisemminkin julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut) arvioitiin julkisiksi hallintotehtäviksi.[86]

Perustuslakivaliokunta on kuitenkin vuoden 2021 sote-uudistuksen yhteydessä katsonut, että näissä ratkaisuissa on pääsääntöisesti kyse lääketieteellisestä arvioinnista, jonka yhdenmukaisuus voidaan turvata myös terveydenhuollon substanssilainsäädännöllä, ammattihenkilöiden velvollisuuksilla sekä yhtenäisillä lääketieteellisillä perusteilla. Kaikkea hoidon tarpeen arviointia ei tarvitse pitää sellaisena julkisena hallintotehtävänä, joka olisi varattava yksinomaan viranomaisen tehtäväksi. Rajanveto on kuitenkin suoritettava täsmällisesti: lääketieteellinen arvio voi olla palvelutuotantoon kuuluvaa ammattitoimintaa. Järjestämisvastuun ytimeen

[82] PeVL 49/2025 vp, kappale 2; HE 1/1998 vp, s. 179/I; PeVM 10/1998 vp, s. 35/II; PeVL 8/2014 vp, s. 3, PeVL 3/2009 vp, s. 4/II, ja PeVL 11/2006 vp, s. 2/I.

[83] PeVL 49/2025 vp, kappale 2 sekä PeVL 17/2021 vp, PeVL 65/2018 vp, PeVL 15/2018 vp, PeVL 26/2017 vp.

[84] PeVL 49/2025 vp, kappale 2; PeVL 11/2016 vp, PeVL 5/2014 vp, ks. myös PeVL 41/2010 vp.

[85] PeVL 49/2025 vp, kappale 8.

[86] HE 241/2020 vp.

kuuluvat voimavarojen ja palvelukokonaisuuden sitovat ratkaisut ja nämä kuuluvat julkiselle järjestäjälle. Julkisen järjestäjän ei puolestaan tarvitse tehdä itse lääketieteellistä arviointia vaan riittävää on, että järjestäjä johtaa ja ohjaa toimintaa laissa säädetyin perustein.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, ettei perustuslain 124 § suinkaan estä vaan perustuslakivaliokunnan nykyisen tulkintatavan mukaisesti pikemminkin tukee mallia, jossa sote-palveluiden järjestäminen on järjestäjälle viranomaistehtävänä kuuluva kokonaisuus ja palveluiden tuottaminen on siitä osin erillinen kokonaisuus, jota voidaan antaa yksityisille palveluntuottajille. Järjestämisvastuu, palvelujärjestelmän kokonaisohjaus, saatavuuden turvaaminen, valvonta, varautuminen ja viimesijainen vastuu kuuluvat viranomaiselle. Palveluita voidaan sen sijaan hankkia myös yksityisiltä toimijoilta, kunhan laissa säädetään täsmällisesti tehtävien sisällöstä, järjestäjän ohjaus- ja puuttumiskeinoista, valvonnasta, virkavastuusta, oikeusturvasta sekä siitä, että järjestäjällä säilyy kaikissa tilanteissa kyky turvata palvelut yhdenvertaisesti.

Perustuslain näkökulmasta ongelmallista ei täten ole monituottajamalli sinänsä, vaan sellainen sääntelyrakenne, joka siirtää järjestämisvastuun ydinelementtejä viranomaiskoneiston ulkopuolelle tai kaventaa julkisen järjestäjän tosiasiallista kykyä kantaa viimesijaisen vastuunsa. Järjestäjän ja tuottajan erottelun kannalta olennaista on myös, että perustuslakivaliokunnan käytännössä edellytetään riittävän tarkkarajaista ja täsmällistä sääntelyä silloin, kun jollekin toimijalle halutaan avata mahdollisuus siirtää julkisia hallintotehtäviä edelleen (subdelegointi).

6. YHTEENVETO JA SUOSITUKSET

Tarkastelun yhteenvetona voidaan todeta ensinnäkin, että perustuslakivaliokunta on johdonmukaisesti edellyttänyt analyyttistä ja riittävän yksityiskohtaista erittelyä siitä, mitkä tehtävät ovat julkisia hallintotehtäviä. Perustuslaista ja perustuslakivaliokunnan käytännöstä on käytännössä tehty liian suurpiirteisiä tulkintoja. Perustuslaki ei myöskään edellytä mitään tiettyä järjestämisen ja tuotannon tapaa. Perustuslain tulkinnassa on perusteltua pitäytyä tarkasti perustuslakivaliokunnan käytännössä ja sen tulkinnassa niin, että valtiosääntöisten kannanottojen asiayhteys huomioidaan ja kannanotot sijoitetaan osaksi perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännön kokonaisuutta.

Tämä perustuslain tulkintatapa osaltaan lähentäisi suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä kohden muiden Pohjoismaiden käytäntöä sekä oikeus- ja hallintokulttuuria. Pohjoismaisen vertailun perusteella mikään muu Pohjoismaa ei aseta perustuslaillista vaatimusta julkisen järjestäjän riittävästä omasta palvelutuotannosta. Ruotsin valinnanvapausjärjestelmä ja Norjan yleislääkärijärjestelmä osoittavat, että laajamittainen yksityinen palvelutuotanto on mahdollista julkisen järjestämisvastuun alla ilman perustuslaillista ongelmaa ja ilman yhteiskunnallisen kontrollin menettämistä.

Perustuslaki ei estä järjestäjän ja tuottajan tehtävien eriyttämistä eikä sitä myöskään välittömästi edellytä. Perustuslaki sen sijaan jättää lainsäätäjälle harkintavaltaa säätää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta yhteiskuntakehityksen vaatimalla tavalla, kunhan perustuslain 19 §:n turvaaman välttämättömän huolenpidon ja lailla perustuslain mukaan tarkemmin turvattavan oikeuden riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin käytännön toteutuminen eri tilanteissa voidaan turvata. Julkiset hallintotehtävät voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla perustuslain 124 §:n mukaisten

edellytysten täyttyessä eli silloin kun tämä on tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi tarpeellista eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuotannossa on perustuslakivaliokunnan käytännön mukaan suhteellisen suppeasti julkisia hallintotehtäviä; hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitoon ottamisessa on terveydenhuollossa kysymys etupäässä lääketieteellisestä arvioinnista. Sosiaalihuollossa sen sijaan sosiaalipalvelun myöntämisestä tehdään hallintopäätös. Perustuslaki pikemminkin puoltaa sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollossa eriytetään palveluiden järjestäminen ja ohjaus sekä konkreettinen tuottaminen ainakin toiminnallisesti.

Käytännössä monituottajamallin toiminta ja perusoikeuksien käytännön turvaaminen edellyttävät, että hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki sekä HUS-yhtymä kehittävät edelleen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän ohjausta ja johtamista sekä tähän olennaisesti kuuluvaa palveluvalikoiman ja palvelukokonaisuuksien riittävän yksityiskohtaista määrittelyä sekä eri tuotantotapojen vertailua vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten sekä näistä muodostuvan kustannusvaikuttavuuden perusteella. Tämä tarkoittaa käytännössä systemaattisempaa otetta nimenomaan palveluiden järjestämisessä. Suurimmat kehittämistarpeet tässä ovat enemmän toiminnallisia, eli laadun ja vaikuttavuuden mittaamisen ja arvioinnin sekä kustannusten seurannan kehittämistä muun muassa tekoälyä hyödyntäen, samalla kun Suomessa siirrytään perustuslakivaliokunnan edellyttämään ja sen kannanottoihin palautuvaan analyyttiseen ja riittävän eriteltyyn perustuslain tulkintaan. Kustannusten ja vaikuttavuuden mittaamisessa on tarpeen eriyttää edelleen järjestämisen ja tuottamisen toiminnot omiksi kokonaisuuksikseen.

Tätä kehittämistä voidaan kuitenkin tukea myös järjestämisen ja tuottamisen lainsäädännöllisiä puitteita kehittämällä. Olennaisinta olisi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa konkretisoida hyvinvointialuelain 7 §:n tarkoittaman järjestämisvastuun sisältöä säätämällä hieman tarkemmin siitä, mitä tämä edellyttää hyvinvointialueen käyttämiltä ohjaus- ja johtamisjärjestelmiltä. Tämä sääntely järjestelmätasolla täydentäisi sitä varsin vaativaksi muodostuvaa lääketieteellisen johtamisen sääntelyä, jota ehdotetaan sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellussa hallituksen esityksessä eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain ja terveydenhuoltolain 54 ja 57 §:n muuttamisesta ja joka on valmisteltu niin sanotussa monituottajuus II -hankkeessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta koskevan sote-järjestämislain 8 §:n 2 momentin sääntelyä voitaisiin tästä näkökulmasta tarkentaa ottamalla säännökseen monituottaja II -hankkeessa säädettäväksi ehdotetun lisäksi säännös siitä, että hyvinvointialueella tulee olla omana kokonaisuutenaan toiminnan ohjaaminen ja arviointi ja että hyvinvointialueen tulee seurata ja arvioida säännöllisesti palveluiden eri tuotantotapojen ja eri palvelukokonaisuuksien vaikuttavuutta, laatua ja kustannuksia ja niiden kehitystä.

Säännöksessä voitaisiin erikseen vielä todeta, että hyvinvointialue järjestää oman palvelutuotantonsa hyvinvointialueen ja sen vastuulla olevien palveluiden järjestämisen johtamisesta erilliseksi kokonaisuudeksi. Näin laki suoraan tunnistaisi järjestämisen ja tuottamisen erottelun sekä monituottajamallin ohjauksen olennaisena hyvinvointialueelle sote-järjestämiseen kuuluvana tehtävänä.