

## **Sosiaali- ja terveydenhuollon**

---

# **JÄRJESTÄMISLAIN VALMISTELU- RYHMÄN LOPPURAPORTTI**

## SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 4.4.2013 valmisteluryhmän, jonka tehtävänä oli valmistella hallituksen esityksen muotoon laadittu ehdotus laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, joka sisältää kuntauudistuksen edellyttämät välttämättömät säännökset sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta. Valmisteluryhmää täydennettiin 11.4.2013.

Valmisteluryhmän esitysten tuli toimeksiannon mukaan perustua hallitusohjelman kirjauksiin, hallituksen puolivälikirjaukseen sekä selvityshenkilötyöryhmän esityksiin.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntarakenteen uudistamista. Kuntien ja sosiaali- ja terveystuotteen yhteisiä tehtäviä varten on viisi erityisvastuualuetta (erva). Erityisvastuualueen tehtäviin kuuluvat muun muassa vaativat keskitettävät terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut sekä tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyviä tehtäviä.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti palvelurakennemuutoksen tueksi selvityshenkilötyöryhmän toimikaudelle 3.12.2012 - 28.2.2013. Selvityshenkilötyöryhmän tehtävänä oli yhteistyössä kentän toimijoiden kanssa tukea palvelurakennemuutoksen valmistelua selvittämällä alueellisesti parhaita sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisuja. Selvityshenkilötyöryhmä luovutti ehdotuksensa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi 19.3.2013 (STM raporteja ja muistioita 2013:7).

Hallitus sopi 21.3.2013 valtioneuvoston kehyksistä vuosille 2014 - 2017. Kehyspäättöksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on vahvoihin kuntiin perustuva, pääsääntöisesti kaksitasoinen integroitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne, jossa uuden laajan perustason tehtävien järjestämis- ja rahoitusvastuu on kunnilla. Tavoitteena on turvata sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalvelut. Laajan perustason sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Vastuukuntamallin perusteista säädetään kuntalaissa. Vastuukuntina voivat toimia maakuntien keskuskaupungit ja luontaisiin työssäkäyntialueisiin perustuvat vahvat kunnat, joilla on riittävä kantokyky. Kehyspäättöksen 27.3.2013 mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmistelu käynnistetään välittömästi. Järjestämislaki tulee voimaan vuoden 2015 alussa. Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistusta viedään eteenpäin yhdessä kuntauudistuksen kanssa ja sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään kuntapohjaisesti.

Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen jatkovalmistelun perusteet olivat hallituksen puolivälikirjauksen ja kehyslinjauksen 21.3.2013 mukaan seuraavat:

- Alle 20 000 asukkaan kunnalla on rahoitusvastuu asukkaidensa sosiaali- ja terveyspalveluista, mutta ei itsenäistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta. Kunnan tulee kuulua pääsääntöisesti vastuukuntamallilla hallinnoituun sosiaali- ja terveystuotteen, joka pystyy järjestämään laajan perustason palvelut.
- Vähintään noin 20 000–50 000 asukkaan kunnille säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa oikeus järjestää perustason sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Muiden sosiaali- ja terveyspalvelujensa saatavuuden turvaamiseksi 20 000–50 000 asukkaan kunnan on kuuluttava toiminnalliseen kokonaisuuteen, pääsääntöisesti vastuukun-

tamallilla hallinnoitavaan sosiaali- ja terveysalueeseen. Laajan perustason sosiaali- ja terveyspalvelut, kuten erikoissairaanhoito ja vaativat sosiaalipalvelut (tai osa palveluista) järjestetään sosiaalihuollon ja terveydenhuollon integraatio varmistuen.

- Vähintään noin 20 000–50 000 asukkaan kunnissa järjestetään niin sanotun peruserikoissairaanhoidon palveluita siten, kuin se on kunnan perustason sosiaali- ja terveydenhuollon ja koon kannalta tarkoituksenmukaista. Nykyisiä aluesairaaloita hyödynnetään palvelutuotannossa. Vähintään noin 50 000 asukkaan kunnat voivat järjestää laajan perustason palveluita.
- Vaativia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita varten muodostetaan viisi erityisvastuu- aluetta, jotka koordinoivat koko perustason sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä, eri sairaaloiden ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden keskinäistä työnjakoa ja yhteistyötä niin, että se tukee sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaista toimintaa ja erityisosaamista.
- Metropolialueen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen ratkaistaan erikseen. Muista alueellisista poikkeuksista päätetään osana järjestämislakia. Kielelliset oikeudet turvataan järjestämislain valmistelun yhteydessä.
- Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen alkuvaiheessa nykyiset sairaanhoitopiirit voivat jäsenkuntien niin halutessa jatkaa nykyisen kaltaisina kuntayhtyminä, mutta vuoteen 2017 mennessä nykyiset sairaanhoitopiirit hallinnollisina organisaatioina puretaan.
- Erityisvastuualueet vastaavat vaativan keskitettävän erikoissairaanhoidon palveluiden sekä keskitettävien sosiaalihuollon palveluiden koordinoinnista ja ohjauksesta. Erva vastaa myös tutkimuksen, kehittämisen ja koulutuksen koordinoinnista. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisesta ohjauksesta ja koordinaatiosta.

Valmisteluryhmä on kokoontunut 11 kertaa. Valmisteluryhmän työ on perustunut erityisesti hallituksen kehysriihessä tekemiin päätöksiin sekä pääministeri Kataisen asettaman, kansanedustaja Petteri Orpon johtaman koordinaatioryhmän 8.5.2013 julkaisemiin linjauksiin. Koordinaatioryhmä täsmensi edellä todettua kehysriihen päätöstä. Keskeisin täsmennys koski kuntien äänivallan määräytymistä. Linjausten mukaan kuntien äänivalta sosiaali- ja terveydenhuollosta päätettäessä perustuisi kunnan asukasluukuun ilman niin sanottuja äänileikkureita. Koordinaatioryhmän linjausten perusteella hallitus antoi eduskunnalle pääministerin ilmoituksen sekä kuntajakolain muuttamiseksi annettua hallituksen esitystä (HE 31/2013) täydentävän hallituksen esityksen (HE 53/2013).

Talouspoliittinen ministerivaliokunta linjasi kokouksessaan 19.11.2013, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus jatkuu pääosin Orpon koordinaatiotyöryhmän linjausten mukaisesti. Orpon linjauksista päätettiin kuitenkin poiketa niin, että alle 20 000 asukkaan kunta voi kuulua suoraan sosiaali- ja terveysalueeseen. Lisäksi jokaisella kunnalla, myös perustason alueeseen kuuluvilla kunnilla, on oma edustaja sosiaali- ja terveysalueen toimielimen tai kuntayhtymän päätöksenteossa.

Valmisteluryhmän käytössä ovat olleet aiempien sosiaali- ja terveysministeriön työryhmien ja selvityshenkilöiden raportit sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ja palvelurakenteen uudistamisesta.

Valmisteluryhmän tuli toimeksiantonsa mukaan määritellä vastuukuntana toimimisen edellyttämät kantokykytekijät ja niiden mahdolliset poikkeusperusteet. Vastuukuntamallin määrittely sosiaali- ja terveydenhuollon osalta tuli tehdä yhteistyössä valtiovarainministeriön kanssa.

**Valmisteluryhmän puheenjohtajana** toimi ylijohtaja Kirsi Varhila ja **varapuheenjohtajana** ylijohtaja Aino-Inkeri Hansson, molemmat sosiaali- ja terveysministeriöstä.

**Valmisteluryhmän jäseniksi** nimettiin

kuntayhtymän johtaja Maire Ahopelto, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä  
 ylijohtaja Marina Erhola, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
 hyvinvointipäällikkö Sirpa Ernvall, Hollolan kunta, Peruspalvelukeskus Oiva  
 varatoimitusjohtaja Tuula Haatainen, Suomen Kuntaliitto ry  
 tutkimusprofessori Heikki Hiilamo, Kansaneläkelaitos  
 sairaanhoitopiirin johtaja Göran Honga, Vaasan sairaanhoitopiiri  
 sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri  
 toimitusjohtaja Pentti Itkonen, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote)  
 ylisosiaalineuvos Aulikki Kananoja  
 johtaja Tarja Kauppila, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus  
 ylilääkäri Minerva Krohn, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
 johtaja Maija Kyttä, Turun kaupunki  
 ylijohtaja Päivi Laajala, valtiovarainministeriö  
 perusturvajohtaja Sanna-Tuulia Lehtomäki, Euran kunta  
 sairaanhoitopiirin johtaja Hannu Leskinen, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri  
 toimitusjohtaja Aki Linden, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
 LT, MMM, dosentti Sari Mäkimattila  
 johtava ylilääkäri Sari Mäkinen, Valtakunnallisen kansanterveystyön johtajaverkoston puheenjohtaja  
 yhtymäjohtaja Markku Puro, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä  
 apulaiskaupunginjohtaja Jukka T. Salminen, Vantaan kaupunki  
 sosiaalityön päällikkö Päivi Saukko, Seinäjoen kaupunki  
 johtaja Riitta Särkelä, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry  
 apulaiskaupunginjohtaja Pekka Utriainen, Jyväskylän kaupunki  
 valtiotieteiden kandidaatti Harry Yltävä, Raaseporin kaupunki

sekä **valmisteluryhmän sihteeristönä** toimivat jäsenet  
 hallitusneuvos Pekka Järvinen, sosiaali- ja terveysministeriö  
 hallitusneuvos Anne Koskela, sosiaali- ja terveysministeriö  
 hallitusneuvos Anne Kumpula, sosiaali- ja terveysministeriö  
 johtava lakimies Sami Uotinen, Suomen Kuntaliitto ja  
 hallitusneuvos Auli Valli-Lintu, valtiovarainministeriö.

Lisäksi **valmisteluryhmän ja sihteeristön pysyviksi asiantuntijoiksi** kutsuttiin

ylitarkastaja Antti Alila, sosiaali- ja terveysministeriö  
 osastopäällikkö Outi Antila, sosiaali- ja terveysministeriö  
 neuvotteleva virkamies Kari Haavisto, sosiaali- ja terveysministeriö  
 ylitarkastaja Noora Heinonen, sosiaali- ja terveysministeriö  
 hallitusneuvos Lotta Hämeen-Anttila, sosiaali- ja terveysministeriö  
 hallitusneuvos Riitta-Maija Jouttimäki, sosiaali- ja terveysministeriö  
 lääkintöneuvos Timo Keistinen, sosiaali- ja terveysministeriö  
 apulaisosastopäällikkö Olli Kerola, sosiaali- ja terveysministeriö  
 lääkintöneuvos Jukka Mattila, sosiaali- ja terveysministeriö  
 esittelijäneuvos Arja Myllynpää, Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto Valvira  
 erikoistutkija Eeva Nykänen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

lainsäädäntöneuvos Sten Palmgren, oikeusministeriö  
 osastonjohtaja Markku Pekurinen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
 hallitusneuvos Päivi Salo, sosiaali- ja terveysministeriö  
 neuvotteleva virkamies Marjukka Vallimies-Patomäki, sosiaali- ja terveysministeriö  
 johtaja Kristina Wikberg, Suomen Kuntaliitto ry  
 johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki, sosiaali- ja terveysministeriö, ja  
 johtaja Päivi Voutilainen, sosiaali- ja terveysministeriö.

Valmisteluryhmän **teknisinä sihteereinä** ovat toimineet  
 osastosihteeri Jaana Aho, sosiaali- ja terveysministeriö  
 osastosihteeri Jenni Lahtinen, sosiaali- ja terveysministeriö  
 osastosihteeri Hang Pham, sosiaali- ja terveysministeriö,  
 osastosihteeri Riikka Friberg, sosiaali- ja terveysministeriö, ja  
 osastosihteeri Pirjo Suuronen, sosiaali- ja terveysministeriö.

#### **Valmisteluryhmä perusti työnsä tueksi seuraavat jaostot:**

##### **1) Metropolialueen erityiskysymyksiä selvittävä jaosto**

Jaoston puheenjohtajana toimi johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki sosiaali- ja terveysministeriöstä

##### **2) Perustuslaillisia erityiskysymyksiä selvittävä jaosto**

Jaoston puheenjohtajana toimi hallitusneuvos Päivi Salo sosiaali- ja terveysministeriöstä

##### **3) Hankintoja, kilpailutusta ja valtiontukia selvittävä jaosto**

Jaoston puheenjohtajana toimi johtava lakimies Sami Uotinen Suomen Kuntaliitosta

##### **4) Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueiden (erva) tehtäviä sekä palvelujärjestelmän kansallista ohjausta selvittävä jaosto**

Jaoston puheenjohtajana toimi hallitusneuvos Anne Kumpula sosiaali- ja terveysministeriöstä

Valmisteluryhmän tukena on kokoontunut sosiaali- ja terveysministeriön apulaisosastopäällikkö Olli Kerolan johdolla epävirallinen rahoitustyöryhmä. Valvontaa ja ohjausta koskevia säännöksiä on valmisteltu aluehallintovirastojen ja Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontaviraston työnjakoa selvittäneessä työryhmässä, jonka puheenjohtajana on osastopäällikkö Raimo Ikonen sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Jaostojen ja muiden valmisteluun osallistuneiden ryhmien kokoonpanot on todettu valmisteluryhmän muistion liitteessä.

**Valmisteluryhmä on kuullut** työnsä aikana eri asiantuntijoita ja sidosryhmien edustajia. Valmisteluryhmän ja sen jaostojen kuulemat henkilöt on todettu valmisteluryhmän muistion liitteessä.

**Valmisteluryhmä luovutti väliraporttinsa 27.6.2013** (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:15). Siihen sisältyi toimeksiannon mukaiset alustavat ehdotukset

- tehtävistä, joista noin 20 000 - 50 000 asukkaan kunnalla sekä yli 50 000 asukkaan kunnalla voi olla järjestämisvastuu,
- kuntien keskinäisistä rahoitusjärjestelyistä,
- vastuukuntamallin kuvauksesta sosiaali- ja terveystalouden osalta,
- selvitys erityisvastuualueiden tehtävistä, sekä vaihtoehtoja yliopistollisten sairaaloiden omistuksen ja hallinnan järjestämiseksi.

Jatkotyönsä tueksi valmisteluryhmä pyysi kunnilta ja eräiltä muilta tahoilta lausunnot väliraportista 11.10.2013 mennessä. Lausuntoyhteenvedossa otettiin huomioon kaikki ne lausunnot, jotka oli lisäajan myöntämisen perusteella toimitettu ministeriöön 18.10.2013 mennessä. Lausunnon antaneita eri tahoja oli yhteensä 383. Näistä kuntia oli 286, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiä tai muita kuntien yhteistoiminta-alueita 32, ja muita tahoja 65. Lausuntopyyntöissä vastaajia pyydettiin arvioimaan sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen kriteereiden selkeyttä, järjestämisvastuun jakautumista sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen välillä, erityisvastuualueen asemaa ja toimivaltaa, vastuukuntamallia, alueiden rahoitusta sekä uudistuksen toimeenpanoa ja aikataulua. Kyselyyn oli lisäksi varattu avointa vastustilaa lausunnon antajien yleisille väliraporttia koskeville kommentteille.

Lausunnoissa tehtiin paljon ehdotuksia sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen kriteerien selkeyttämiseksi. Sekä sosiaali- ja terveysalueen että perustason alueen osalta kriteereihin kaivattiin joustavuutta alueiden muodostumisperiaatteisiin ja hallintomalliin. Useissa lausunnoissa toivottiin joustoa asukasluvun määrittelyyn, eikä tarkasti määriteltyä asukaslukua pidetty välttämättä kaikkein tarkoituksenmukaisimpana alueen kantokykyä mittaavana kriteerinä. Yhtäältä useissa lausunnoissa tuotiin esille, että väestöpohjakriteeri voisi koskea yhden kunnan väkiluvun sijasta koko alueen yhteenlaskettua asukasmäärää. Toisaalta monissa lausunnoissa otettiin kantaa, että 50 000 asukkaan väestöpohja on liian vähäinen erikoissairaanhoidon järjestämiselle ja saattaa johtaa nykyisten sairaanhoitopiirien pilkkoutumiseen.

Perustason alueiden kriteerien selkeyttämiseksi tehtiin pääpiirteittäin samankaltaisia ehdotuksia kuin sosiaali- ja terveysalueidenkin kohdalla. Tyypillisimmin lausunnoissa toivottiin mahdollisuutta olemassa olevan kuntien välisen yhteistoiminnan, kuten Paras-lain perusteella muodostettujen yhteistoiminta-alueiden, säilyttämiseen. Yhteistoiminnan säilyttäminen edellyttäisi sitä, että vastuukuntamallin lisäksi alueen hallinto olisi mahdollista toteuttaa kuntayhtymämallilla.

Puolet kaikista vastaajista arvioi, ettei järjestämisvastuun jakautumisesta alueiden kesken ole tarpeen säätää väliraportissa esitettyä tarkemmin. 44 prosenttia vastaajista oli puolestaan sitä mieltä, että sosiaali- ja terveysalueen järjestämisvastuun alaisiksi olisi tarpeen säätää enemmän palveluja, mitä väliraportissa esitetään. Ehdotetuimpia sosiaali- ja terveysalueen järjestämisvastuulle määriteltäviä palveluja olivat lastensuojelu, vammais- ja kehitysvammapalvelut sekä päihdehuolto.

Noin 60 prosenttia kaikista vastaajista arvioi, että erityisvastuualueilla voisi olla sosiaali- ja terveys- ja perustason alueita sitovaa päätösvaltaa. Puolet lausuneista oli sitä mieltä, että erityisvastuualue voisi kieltää sosiaali- ja terveysaluetta tuottamasta palveluja, jotka ovat jonkin objektiivisen kriteerin perusteella tärkeitä keskittää vain jollekin tai joillekin sosiaali- ja terveysalueille. Lisäksi työryhmän linjaus erityisvastuualueista kilpavarustelun estäjänä sai lausujilta kannatusta.

Vastuukuntamallia koskevissa kysymyksissä oli huomattavan paljon hajontaa kuntakoon mukaan. Yli 50 000 asukkaan kunnista vain hieman yli puolet piti sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan toimielimen otto-oikeuden kieltämistä hyväksyttävänä, kun muista kunnista otto-oikeuden kieltämisen hyväksyi 84 prosenttia.

94 prosenttia yli 50 000 asukkaan kunnista piti hyväksyttävänä, että kuntien äänivalta sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen toimielimessä jakautuisi kuntien asukasluvun mukaan ilman äänileikkureita. Sen sijaan 89 prosenttia kaikista alle 50 000 asukkaan kunnista ei pitänyt äänimäärän sitomista asukaslukuun ilman äänileikkuria hyväksyttävänä. Kaikista kunta-

vastaajista 75 prosenttia koki tarpeelliseksi, että kunnilla olisi oikeus sopia vastuukunnan hallinnosta ja päätöksenteosta myös toisin kuin laissa on säädetty. Kuntayhtymämallin mahdollisuus oli tyypillisin kyselyn avovastausosiossa esiin noussut teema, ja kuntayhtymää toivottiin useissa lausunnoissa sekä sosiaali- ja terveysalueelle että perustason alueelle mahdolliseksi hallintomalliksi.

Yli 60 prosenttia kaikista vastaajista arvioi, että päätökset sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden rahoitusmallista tulisi tehdä kuntien määräenemmistöllä yksinkertaisen enemmistön sijasta. Suosituimpana määräenemmistön ratkaisutapana pidettiin kuntien lukumäärää.

Uudistuksen rahoitusta arvioitiin laajasti sekä kyselyn avovastauksissa että kirjallisissa lausunnoissa. Useissa lausunnoissa todettiin, että sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitus olisi tärkeää uudistaa yksikanavaiseksi. Osan ehdotuksista mukaan rahoituksen uudistamisesta voisi säätää jo järjestämislain säätämisen yhteydessä. Rahoitukseen liittyvät maininnat olivat toiseksi yleisin esiin noussut teema kyselyn avovastausosiossa.

Kaksi kolmannesta alle 20 000 asukkaan kunnista koki, ettei uudistuksen ja sen toimeenpanon aikataulu ole heidän kannaltaan sopiva. Perusteluna nostettiin tyypillisimmin esiin, että uudistuksen aikataulu saattaa olla liian kiireinen esimerkiksi huolellisen valmistelun ja nykyisten kuntayhtymien omaisuuden uudelleen järjestelyn näkökulmasta. Sen sijaan jokaisessa yli 50 000 asukkaan kunnassa uudistuksen aikataulu koettiin sopivaksi.

Valmisteluryhmä on valmistellut toimeksiantonsa mukaisen ehdotuksen laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, ja on työssään noudattanut sille hallituksen toimesta asetettuja reunaehdoja. Valmisteluryhmän näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseläille asetetut tavoitteet toteutuisivat paremmin, jos mainituista reunaehdoista voitaisiin joiltakin osin luopua. Valmisteluryhmässä on laajasti esitetty hallituksen esitysluonnoksesta poikkeavia näkemyksiä toteutettavasta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä:

- **Perustason alueiden epätarkoituksenmukaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen näkökulmasta.** Valmisteluryhmässä laajasti esille tuodun näkemyksen mukaan integraatio ja uudistuksen muutkin tavoitteet toteutuisivat paremmin jos perustason alueita ei olisi. Perustason alueiden luominen tuo järjestelmään uuden lisäportaan, jolle ei ole perusteita sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen näkökulmasta.
- **Vastuukuntamalli.** Vastuukuntamalli pääsääntöisenä hallintomallina on osoittautunut eräin osin vaikeasti hahmotettavaksi ja hallinnollisesti raskaaksi. Sen vuoksi valmisteluryhmässä käydyssä keskustelussa on ollut esillä näkemys, jonka mukaan alueen kunnilla pitäisi olla ehdotettua laajemmin mahdollisuus valita hallintomalliksi myös kuntayhtymä.
- **Erityisvastuualueiden rooli.** Valmisteluryhmässä on keskusteltu siitä, onko erityisvastuualueella tosiasiallisia keinoja vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaiseen järjestämiseen. Keskustelussa on tuotu esiin tarve erityisvastuualueen kansalliselle ohjaukselle, jotta varmistettaisiin palvelujen tasapuolinen jakautuminen ja kilpavarustelun estäminen valtakunnallisesti.

Valmisteluryhmä ei ole sille annetun lyhyen määräajan johdosta ehtinyt sisällyttää esitykseen uuden järjestelmän täsmällisiä vaikutusarvioita. Valmisteluryhmän näkemyksen mukaan olisikin tärkeää arvioida, mitä vaikutuksia uudistuksella on sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjille, vastuukunnalle tulevista vaikutuksista ja millaiset kustannusvaikutukset esityksen mukaisella järjestelmällä on. Valmisteluryhmä ei ole kyennyt juurikaan arvioimaan järjestämislain säätämisen aiheuttamia muutostarpeita muuhun lainsäädäntöön. Lisäksi hallituksen esitys

vaatii vielä säädösteknistä viimeistelyä. Nämä asiat edellyttävät vielä jatkovalmistelua ennen kuin hallituksen esitys voidaan antaa eduskunnalle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista ohjausta tulisi vahvistaa ja täsmentää. Kansallisen ohjauksen roolista ei ole valmistelutyöhön käytettävissä olleen ajan puitteissa ehditty valmistella viimeisteltyä ehdotusta.

Valmisteluryhmä katsoo edelleen, että palvelurakennemuutoksen integraatiotavoitteiden toteuttamiseksi valtion erillisrahoitusta tulisi kohdentaa myös sosiaalihuollon yliopistotasoiseseen tutkimukseen ja koulutukseen.

Valmisteluryhmä kiinnittää vielä lopuksi huomiota siihen, että lakiluonnoksen jatkovalmistelussa on varmistettava, että se voidaan käsitellä tavallisessa lainsäätämisyksessä. Toimeksiannon mukaisesti laadittua esitysluonnosta on sen vuoksi tietyiltä osin vielä täsmennettävä jatkovalmistelussa, jotta mahdolliset valtiosääntöoikeudelliset ongelmakohdat voidaan ratkaista. Tämä koskee erityisesti vastuukuntamallia, jonka tarkoituksenmukaisuutta tulee vielä verrata muihin ratkaisuvaihtoehtoihin. Linjaus, jonka mukaan kuntien äänivalta perustuu asukaslukuun ilman äänileikkureita, on osoittautunut ongelmalliseksi suhteessa perustuslakiin. Eduskunnan perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännön sekä valmisteluryhmän perustuslaillisia kysymyksiä käsitelleen jaoston kuulemien asiantuntijoiden kannanottojen perusteella linjaus, jonka mukaan yhdellä kunnalla voi olla yli puolet äänivallasta sovittaessa pakollisen yhteistyön ehdoista, on ristiriidassa perustuslain 121 §:ssä säädetyn kunnallisen itsehallinnon kanssa.

Esitykseen liittyy yksi eriävä mielipide ja neljä täydentävää lausumaa

Helsingissä 19 päivänä joulukuuta 2013

Kirsi Varhila

Aino-Inkeri Hansson

Maire Ahopelto

Marina Erhola

Sirpa Ernvall

Tuula Haatainen

Heikki Hiilamo

Göran Honga

Rauno Ihalainen

Pentti Itkonen

Aulikki Kananoja

Tarja Kauppila

Minerva Krohn

Maija Kyttä

Päivi Laajala

Sanna-Tuulia Lehtomäki

Hannu Leskinen

Aki Lindén

Sari Mäkimattila

Sari Mäkinen



Markku Puro

Jukka T. Salminen

Päivi Saukko

Riitta Särkelä

Pekka Utriainen

Harry Yltävä

Pekka Järvinen

Anne Koskela

Anne Kumpula

Sami Uotinen

Auli Valli-Lintu

## KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	19.12.2013
Tekijät	Toimeksiantaja
	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä
	STM022:00/2013

Muiston nimi

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti

Tiivistelmä

■ Tiivistelmä Valmisteluryhmä on valmistellut hallituksen esityksen muotoon kirjoitettuun loppuraporttiinsa ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiksi periaatteiksi. Ehdotukset perustuvat hallitusohjelmaan, hallituksen vuosien 2014 - 2017 kehyspäättökseen ja pääministerin asettaman koordinaatioryhmän linjauksiin.

Järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on pääsääntöisesti maakuntien keskuskaupunkien ja vähintään noin 50 000 asukkaan kuntien pohjalle muodostettavilla sote-alueilla sekä eräin osin vähintään noin 20 000 – 50 000 asukkaan pohjalle muodostettavilla perustason alueilla. Alueita muodostettaessa kuullaan kuntia ja otetaan huomioon kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukainen alueellinen sote-rakenne. Alle 20 000 asukkaan kunnat saavat palvelut sote-alueiden ja osin perustason alueiden järjestäminä ja osallistuvat alueiden hallintoon. Sote-alueet ja perustason alueet toteutetaan pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Alueen muut kunnat osallistuvat sosiaali- ja terveyspalveluja koskevaan päätöksentekoon ja hallintoon vastuukunnassa olevan yhteisen toimielimen kautta. Valmisteluryhmä on myös tehnyt ehdotuksensa erityisvastuualueiden tehtävistä ja hallinnon järjestämisestä. Erityisvastuualueiden tehtävänä on varmistaa, että sote-alueiden toteuttamat palvelut muodostavat toiminnallisesti eheän kokonaisuuden.

Valmisteluryhmä on työssään noudattanut sille hallituksen toimesta asetettuja reunaehdoja. Valmisteluryhmän näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislailla asetetut tavoitteet toteutuisivat kuitenkin paremmin, jos mainituista reunaehdoista voitaisiin joiltakin osin luopua.

Asiasanat

alueet, terveydenhuoltopalvelut, terveyspalvelut, palvelurakenne, palvelut, sosiaalipalvelut, uudistukset

Sosiaali- ja terveysministeriön  
raportteja ja muistioita 2013:45

Muut tiedot  
[www.stm.fi](http://www.stm.fi)

ISSN-L 2242-0037  
ISSN 2242-0037 (verkkajulkaisu)  
ISBN 978-952-00-3461-0  
URN:ISBN:978-952-00-3461-0  
<http://urn.fi/> URN:ISBN:978-952-00-3461-0


Kokonaissivumäärä  
157

Kieli  
Suomi



SOSIAALI- JA  
TERVEYSMINISTERIÖ

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	19.12.2013
Författare	Uppdragsgivare
	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM022:00/2013
Rapportens titel	
Slutrapport av beredningsgruppen för en lag om ordnandet av social- och hälsovården	
Referat	
<p>■ Beredningsgruppen har i sin slutrapport, som skrivits i form av en regeringsproposition, berett förslag till de centrala principerna i servicestrukturen inom social- och hälsovården. Förslagen baserar sig på regeringsprogrammet, regeringens rambeslut för 2014–2017 och de riktlinjer som den av statsministern tillsatta koordinationsgruppen utstakat.</p> <p>Ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänster ligger i regel hos de social- och hälsovårdsområden som kommer att bildas på grundval av centralorterna i landskapen och kommunerna med minst 50 000 invånare samt till vissa delar hos de områden på basnivå som bildas på grundval av 20 000–50 000 invånare. När områdena bildas konsulterar man kommunerna och tar i beaktande en sådan regional social- och hälsovårdsstruktur som är ändamålsenlig med tanke på helheten. Kommunerna med mindre än 20 000 invånare ska få sina tjänster så att de ordnas av social- och hälsovårdsområdena och delvis av områdena på basnivå och de deltar i förvaltningen av områdena. Social- och hälsovårdsområdena och områdena på basnivå bildas i regel enligt en modell om en ansvarig kommun. De övriga kommunerna inom området kommer att delta i beslutsfattandet och förvaltningen som gäller social- och hälsovårdstjänsterna genom ett gemensamt organ som finns i den ansvariga kommunen. Beredningsgruppen har också lagt fram ett förslag om specialupptagningsområdenas uppgifter och hur deras förvaltning ska organiseras. Specialupptagningsområdena har till uppgift att säkerställa att de tjänster som social- och hälsovårdsområdena tillhandahåller ska bilda en funktionellt sammanhängande helhet.</p> <p>Beredningsgruppen har i sitt arbete följt de förutsättningar som regeringen ställt på den. Enligt beredningsgruppen skulle dock de mål som ställts på lagen om ordnandet av social- och hälsovården nås bättre, om man till vissa delar kunde avstå från de förutsättningar som ställts.</p>	
Nyckelord	
områden, hälso- och sjukvårdstjänster, hälsovårdstjänster, servicestruktur, tjänster, socialtjänster, reformer	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:45	Övriga uppgifter
	<a href="http://www.stm.fi/svenska">www.stm.fi/svenska</a>
ISSN-L 2242-0037	Sidoantal
ISSN 2242-0037 (online)	157
ISBN 978-952-00-3461-0	Språk
URN:ISBN:978-952-00-3461-0	Finska
<a href="http://urn.fi/">http://urn.fi/</a> URN:ISBN:978-952-00-3461-0	
	 SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

**SISÄLLYS**

Sosiaali- ja terveysministeriölle .....	2
sisällys .....	12
Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi .....	14
Liite 1 Valmisteluryhmän asettamat jaostot ja muut valmisteluun osallistuneet ryhmät: .....	146
Liite 2 Eriävä mielipide.....	149
Liite 3 Lausumat .....	151



## Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi

### ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi. Lailla uudistetaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, hallintoa, suunnittelua, rahoitusta ja valvontaa koskevat säännökset. Uudistuksella kootaan nykyisin usealle eri kunnalliselle organisaatiolle kuuluvien palvelujen kattava järjestämisvastuu pääsääntöisesti sosiaali- ja terveysalueille. Sosiaali- ja terveysalueet muodostuvat maakuntien keskuskaupunkien sekä erikseen määriteltävien yli 50 000 asukkaan kuntien pohjalle. Sosiaali- ja terveysalueen hallinto toteutetaan pääsääntöisesti vastuukuntamallilla siten, että alueeseen kuuluvat kunnat osallistuvat toiminnan hallintoon vastuukunnassa olevan yhteisen toimielimen kautta. Sosiaali- ja terveysalueen toiminta voi olla mahdollista järjestää myös kuntayhtymämallilla, jos alueen keskuskaupunkien asukasluku on alle puolet koko alueen asukasluvusta.

Pääsäännöstä poiketen sosiaali- ja terveysalueiden sisällä voi olla myös perustason alueita, joilla on järjestämisvastuu osasta sosiaalihuoltoa sekä perusterveydenhuollosta ja eräissä tapauksissa myös joistakin erikoissairaanhoitoon palveluista. Perustason alue voidaan muodostaa vähintään noin 20 000 asukkaan kunnan pohjalle. Se voi lisäksi järjestää perustason palveluja muille samaan työssäkäyntialueeseen tai toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluville kunnille. Myös perustason alueen hallinto toteutetaan vastuukuntamallilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laajempien alueellisten ja kansallisten tehtävien koordinoimiseksi ja hoitamiseksi on lisäksi viisi erityisvastuualuetta. Erityisvastuualueiden

nimenomaisena tehtävänä on ohjata ja sovittaa yhteen sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden toimintaa ja niiden järjestämiä palveluja.

Valtioneuvosto päättää sosiaali- ja terveysalueet, perustason alueet ja erityisvastuualueet sekä niihin kuuluvat kunnat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämis-toiminta perustuu ehdotuksen mukaan kansalliseen kehittämisohjelmaan joka laaditaan nelivuotiskausittain. Lisäksi valtioneuvoston asettaa nelivuotiskausittain toimivan neuvottelukunnan, joka kokoaa ja panee toimeen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon kansallisia tavoitteita sekä edistää alan toimijoiden yhteistyötä.

Kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta. Rahoitus perustuu pääsääntöisesti sosiaali- ja terveysalueeseen ja perustason alueeseen kuuluvien kuntien asukasmäärään pohjautuviin maksuihin. Maksuja painotetaan kuntien peruspalvelujen laskennassa käytettävillä valtionosuuden määrätymisperusteilla.

Uudistuksen johdosta kumotaan kansanterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtion avustuksesta annettu laki. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain johdosta on useisiin sosiaali- ja terveydenhuollon lakeihin tarpeen tehdä muutoksia.

Lain voimaantulon säädetään erillisellä voimaantulolailla. Lait ehdotetaan tulemaan voimaan vuoden 2015 alusta lukien. Lain mukaiset alueet on muodostettava siten, että ne aloittavat toimintansa viimeistään vuoden 2017 alussa.

## SISÄLLYS

esityksen pääasiallinen sisältö .....	14
sisällys 15	
yleisperustelut .....	18
1 Johdanto .....	18
2 Nykytila .....	19
2.1 Perusoikeudet.....	19
Yleistä 19	
Sosiaali- ja terveystalvet .....	20
Kielelliset oikeudet .....	21
2.2 Kunnallinen itsehallinto .....	22
2.3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.....	23
2.4 Terveydenhuolto .....	25
Perusterveydenhuolto .....	25
Erikoissairaanhoido ja sairaanhoitopiirit .....	25
Erityisvastuualueet.....	26
2.5 Sosiaalihuolto .....	27
Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämistävu. ....	28
2.6 Kunta- ja palvelurakenne .....	29
Kuntarakenne .....	29
Kuntauudistus .....	32
2.7 Kuntien hallinto ja yhteistoiminta.....	34
Kunnan hallinnon ja talouden järjestäminen .....	34
Kuntien yhteistoimintamuodot.....	34
Kuntien yhteistoiminnan erilaisia toteutuksia .....	37
2.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja kuntien välinen kustannustenjakko .....	41
Rahoitus41	
2.9 Kehittämistöiminta ja -rakenteet.....	43
Kehittämistöiminta ja -rakenteet.....	43
<i>Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste)</i> .....	44
2.10 Opetus-, koulutus- ja tutkimistöiminta .....	45
2.11 Ohjaus ja valvonta .....	45
Sosiaali- ja terveysministeriö .....	45
Valvonnan keinot ja seuraamukset .....	48
2.12 Pohjoismaiden sosiaali- ja terveystalvetjärjestelmät .....	48
Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmät muutoksessa.....	48
Palveluiden integraation ongelmat .....	52
Kansallinen ohjaus hajautetuissa järjestelmissä .....	53

2.13	Nykytilan arviointi.....	55
	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne.....	55
	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.....	57
	Rahoitus57	
	Kehittämistoiminta ja rakenteet.....	58
	Opetus- ja tutkimustoiminta.....	59
3	Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset.....	59
3.1	Tavoitteet.....	59
3.2	Toteuttamisvaihtoehdot.....	60
3.3	Keskeiset ehdotukset.....	63
	Järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta.....	63
	Erityisvastuualueet.....	65
	Hallinto 65	
	Rahoitus66	
	Erityisvastuualueiden rahoitukseen, joka tulee sosiaali- ja terveysalueilta, sovellettaisiin sosiaali- ja terveysalueiden asukasmäärään pohjautuvaa rahoitusmallia.....	67
	Kehittämistoiminta.....	67
4	Esityksen vaikutukset.....	67
4.1	Taloudelliset vaikutukset.....	67
5	Asian valmistelu.....	68
6	Riippuvuus muista esityksistä.....	68
	yksityiskohtaiset perustelut.....	69
1	Lakiehdotusten perustelut.....	69
1.1	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.....	69
	1 Luku <b>Yleiset säännökset</b> .....	69
	2 Luku <b>Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen</b> .....	71
	3 Luku <b>Hallinto</b> 83	
	Sosiaali- ja terveysalue ja perustason alue.....	83
	<b>Erityisvastuualue</b> .....	89
	4 Luku <b>Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen</b> .....	92
	5 Luku <b>Rahoitus</b> .....	97
	Alueiden toiminnan rahoitus.....	97
	<b>Valtion koulutuskorvaukset</b> .....	99
	<b>Valtion korvaus tutkimustoimintaan</b> .....	102
	6 Luku <b>Valvonta</b> .....	105
	7 Luku <b>Erinäiset säännökset</b> .....	109
1.2	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaannpanosta.....	115
2	Tarkemmat säännökset.....	121
3	Voimaantulo.....	121
4	Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys.....	121



Lakiehdotukset .....	122
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä .....	122
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaanpanosta.....	141

## YLEISPERUSTELUT

### 1 Johdanto

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja toteuttamisesta on kunnilla. Suomessa oli vuoden 2013 alussa 320 kuntaa, joista 304 oli Manner-Suomessa ja 16 Ahvenanmaalla. Ahvenanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu maakunnan itsehallinnon piiriin, minkä vuoksi Ahvenanmaan sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistä ei käsitellä laajemmin tässä esityksessä.

Kuntien suuren lukumäärän ja keskimäärin pienen koon takia erikoissairaanhoito ja kehitysvammaisten erityishuolto pitää järjestää kuntien yhteistyönä sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien kuntayhtymien toimesta. Kuntapohjainen järjestelmä täydennettynä laajaa väestöpohjaa tai erityisosaamista vaativien palvelujen järjestämisestä vastaavilla kuntayhtymillä on pitkään pystynyt vastaamaan väestön palvelutarpeisiin. Pakollisesta yhteistoiminnasta on säädetty jo pitkään muun muassa erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon järjestämiseksi.

Kuntapohjainen järjestelmä on kuitenkin osoittautunut haavoittuvaksi palvelutarpeiden kasvaessa, väestön ikääntyessä ja useiden kuntien kantokyvyn riittämättömyyden vuoksi. Tämän takia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta on ryhdytty uudistamaan sekä nykyjärjestelmään tehdyillä muutoksilla että valmistelemalla siirtymistä kokonaan uudenlaiseen järjestelmään. Osittaisuudistuksista voidaan todeta vuonna 2005 käynnistynyt Kainuun hallintokokeilu ja vuonna 2007 säädetty laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007), jäljempänä puitelaki. Kainuun maakuntakokeilussa alueen kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto toteutettiin maakunnan laajuisesti maakuntahallintoon liittyvän kuntayhtymän toimesta.

Puitelaki velvoittaa kunnat yhteistoimintaan palvelujen järjestämisessä. Puitelain mukaiset yhteistoimintavelvoitteet ovat voimassa määräaikaikaisesti vuoden 2014 loppuun saakka. Puitelain mukaan kunnan tulee muodostua työssäkäyntialueesta tai muusta sellaisesta toiminnallisesta kokonaisuudesta, jolla

on taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata palveluiden järjestämisestä ja rahoituksesta. Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Yhteistoiminta-alueelle voidaan antaa myös muita tehtäviä. Kunnat voivat perustaa yhteistoiminta-alueen antamalla yhteistoiminta-alueen tehtävät yhden kunnan hoidettavaksi kuntalain (365/1995) 76 §:n 2 momentin mukaisesti tai perustamalla kuntayhtymän. Väestöpohjavaatimuksista voidaan poiketa, jos toiminnallisen kokonaisuuden muodostaminen ei saaristaisuuden tai pitkien etäisyyksien vuoksi ole mahdollista tai suomen- tai ruotsinkielisten asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaamiseksi taikka saamelaiden kieltä ja kulttuuria koskevien oikeuksien turvaamiseksi.

Suomen Kuntaliiton keräämien tietojen mukaan vuonna 2012 yhteensä 91 kuntaa järjesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itse. Väestöstä 60 prosenttia asui näissä kunnissa. Yhteistoiminta-alueita oli yhteensä 63 ja niihin kuului 229 kuntaa. Väestöstä 40 prosenttia asui yhteistoiminta-alueilla.

Vuonna 2012 perusterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista vastasi 33 kuntayhtymää, joissa oli yhteensä 140 jäsenkuntaa. Kuntayhtymät vastasivat perusterveydenhuollon lisäksi kaikista sosiaalipalveluista, tai sosiaalipalveluista lukuun ottamatta lasten päivähoidon, taikka yksittäisistä sosiaalitoimen tehtävistä. Osa kuntayhtymistä vastasi vain perusterveydenhuollosta.

Vastuukuntamallin mukaisia yhteistoiminta-alueita oli 30, ja niissä oli mukana yhteensä 89 kuntaa. Vastuukunta vastaa oman kuntansa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Vastuukunta vastaa sopimuskuntien puolesta perusterveydenhuollon lisäksi kaikista sosiaalipalveluista, sosiaalipalveluista lukuun ottamatta lasten päivähoidon tai yksittäisistä sosiaalipalveluista. Osa vastuukunnista vastaa sopimuskuntien puolesta vain perusterveydenhuollosta.

Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestää 20 sairaanhoitopiiriä ja 15 kehi-

tysvammaisten erityishuoltopiiriä. Näistä neljän kehitysvammaisten erityishuoltopiirin ja sairaanhoitopiirin toiminta on yhdistetty samaan kuntayhtymään.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntarakenteen uudistamista. Ohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuuden varmistamiseksi ja rahoituksen turvaamiseksi tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja peruskuntia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja rahoittamiseen kykenevän vahvan kunnan vaihtoehtona voidaan tarvittaessa antaa mahdollisuus poikkeusmenettelyyn, jossa kunnat yhdessä voivat muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä, väestöpohjaltaan riittävän suuria sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen toteutus selvitetään osana kunta- ja palvelurakenneselvitystä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu on samalla organisaatiolla (kunta tai sosiaali- ja terveystalve). Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon perustalveluista sekä osasta erikoissairaanhoidon tehtäviä (esimerkiksi niin kutsuttu peruserikoissairaanhoido) sekä vastaavasti sosiaalihuollon tehtävistä tavoitteena mahdollisimman laajan palvelukokonaisuuden muodostuminen. Tarkoituksenmukaisen työnjaon perusteella määriteltävistä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tehtävistä kunnat ja sosiaali- ja terveystalveet vastaavat yhdessä. Sairaanhoidopiirien ja erityishuoltopiirien palvelutuotantoa käytetään täydentämään kuntien ja sosiaali- ja terveystalveiden talveluja.

Kuntien ja sosiaali- ja terveystalveiden yhteisiä tehtäviä varten on viisi erityisvastuu-alueita (Erva). Erva-alueen tehtäviin kuuluvat muun muassa vaativat keskitettävät ter-

veyden- ja sosiaalihuollon talvelut sekä alueellaan tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyviä tehtäviä.

Muun muassa edellä todettuihin kirjauksiin liittyen hallitusohjelmassa todettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon talvelurakennemuutuksen toteuttamiseksi säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskeva laki.

## 2 Nykytila

### 2.1 Perusoikeudet

#### Yleistä

Perustuslain 1 §:n 2 momenttiin sisältyy valtiosäännön taustalla olevina perustavanlaatuisina arvoina ihmisarvon loukkaamattomuus, yksilön vapaus ja oikeudet sekä oikeudenmukaisuuden edistäminen yhteiskunnassa. Säännöstä voidaan pitää lähtökohtana julkisen vallan velvollisuuksien sisällön arvioimisessa. Yksilön vapauden ja oikeuksien turvaaminen korostaa myös perusoikeuksien keskeistä asemaa valtiosäännössä. Perusoikeuksista on säädetty perustuslain 2 luvussa. Perusoikeuksien tulkintaan vaikuttavat ihmisoikeustoimielinten päätökset ja perustuslakivaliokunnan lausunnot, jotka muuntavat ja muokkaavat perustuslain 2 luvun säännöksiä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapana ja saatavuuteen vaikuttavat välillisesti useat perusoikeudet, keskeisimmin yhdenvertaisuus ja syrjinnän kiello (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantunnon vapaus (11 §), tallennejulkisuus (12 §), itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.3 §), oikeus kieleen ja kulttuuriin (17 §), oikeus sosiaaliturvaan (19 §) sekä julkisen vallan velvollisuus turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen (22 §). Perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla sosiaali- ja terveystalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä.

Perustuslain 6 §:n 1 momentti sisältää vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta. Säännöksen mukaan ihmiset ovat yhden-

vertaisia lain edessä. Ihmisiä on kohdeltava lainsäädännössä, tuomioistuimissa ja viranomaistoiminnassa samanlaisissa olosuhteissa samalla tavoin. Yhdenvertaisuusperiaatteen sisältyy myös mielivallan kieltö. Lainsäädäntövallan rajoituksia täsmentävät 2 momentin syrjintäkiellot, jotka estävät ihmisten asettamisen eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen saattaa kuitenkin edellyttää poikkeamista muodollisesta yhdenvertaisuudesta hyväksyttävän tarkoituksiperän ja suhteellisuusperiaatteen rajoissa. Yhdenvertaisuusvaatimus ei estä niin sanottua positiivista erityiskohtelua. Eri ihmisryhmien kohtelulle toisistaan poikkeavalla tavalla on kuitenkin oltava yhteiskuntapoliittisesti hyväksyttävä syy. Perustuslain 6 §:n 2 momentti kieltää suosinnan tai jonkin yksilön tai ryhmän asettamisen etuoikeutettuun asemaan, jos tämä samalla merkitsisi toisiin kohdistuvaa syrjintää (HE 309/1993 vp, 43).

Sosiaali- ja terveystalvelujen osalta asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus tulee arvioitavaksi niin riittävien palvelujen turvaamisen, palvelujen alueellisten erojen kuin palvelujen hinnoittelunkin kannalta. Perustuslakivaliokunta ei ole esimerkiksi pitänyt pelkkää maantieteellistä kriteeriä hyväksyttävänä erotteluperusteena perustuslain 6 §:n 2 momentin kannalta (PeVL 59/2001 vp, 2).

### Sosiaali- ja terveystalvelut

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveystalveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät sosiaali- ja terveystalvelun erityislainsäädännön, kuten sosiaalihuoltolain (710/1982), vammaisuuden perusteella järjestettävistä talveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987), tervey-

denhuoltolain (1326/2010), kansanterveyslain (66/1972), erikoissairaanhoidolain (1062/1989), tartuntatautilain (583/1986) ja useiden muiden erityislakien säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää sosiaali- ja terveystalvelun palvelut.

Palvelujen riittävyyttä arvioitaessa lähtökohtana pidetään sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Riittävät talvelut eivät perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettussa mielessä samaistu kuitenkaan 19 §:n 1 momentin viimesijaiseen turvaan. Sosiaali- ja terveystalvelun järjestämisessä säännös asettuu keskeiseen asemaan ratkaistaessa kysymystä siitä, kuinka riittävät, mutta myös välttämättömät, sosiaali- ja terveystalvelut pystytään toteuttamaan koko maassa. Sosiaalihuollon palvelujen laatua ja riittävyyttä tulee tarkastella koko perusoikeusjärjestelmän kannalta, kuten esimerkiksi yhdenvertaisuuden ja syrjinnän kiellon näkökulmasta (HE 309/1993 vp).

Perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle asetettu velvoite väestön terveyden edistämiseen viittaa säännöksen perustalvelun mukaan yhtäältä sosiaali- ja terveystalvelun ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintalohkoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä sekä valtiota että kuntia. Erityislainsäädännöllä kunnille on säädetty velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveystalvelu asukkailleen ja eräissä tapauksissa kunnassa oleskeleville ja muille henkilöille. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin ja voimavaroja myöntämällä sekä kuntien asianmukaisella rahoituksella ja toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että riittävät sosiaali- ja terveystalvelut tulevat turvatuiksi. Toiminnan edellyttämä rahoitus ja voimavarat toteutetaan pääosin valtion kunnille myöntämällä valtionosuuksilla ja kuntien verotusoikeudella.

Muut perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla palvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä.

#### Kielelliset oikeudet

Kielelliset oikeudet ovat lakiin tai asetukseen perustuvia säännöksiä oikeudesta käyttää tiettyä kieltä tai tiettyjä kieliä. Kielelliset oikeudet ovat kansalaisten oikeuksia. Viranomaisilla, kuten kunnilla ja muilla julkisia tehtäviä hoitavilla on puolestaan velvollisuus palvella kansalaista hänen kielellään.

Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Lisäksi perustuslaissa säädetään saamelaiden, romanien ja viittomakielisten sekä vammaisuuden vuoksi tulkintemisen- ja käännösapua tarvitsevien kielellisistä oikeuksista. Perustuslain 17 §:n 2 momentin mukaan julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samantyyppisten perusteiden mukaan”. Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa kielen perusteella. Molemmat säännökset ilmentävät lainsäätäjän pyrkimystä varmistaa kansalliskielten tosiasiallinen yhdenvertaisuus.

Kielelliset oikeudet liittyvät myös hyvän hallinnon varmistamiseen. Perustuslain 21 §:n mukaan jokaisella on oikeus hyvään hallintoon, josta säädetään tarkemmin lailla. Kielilain mukaan valtion ja kaksikielisten kuntien viranomaisilta edellytetään, että hallinto toimii ja palvelua annetaan niin suomen kuin ruotsinkin kielellä. Näissä viranomaisissa perustuslain voidaan katsoa edellyttävän, että hallinnon on oltava laadullisesti yhtä hyvää sekä käytännössä saatavissa suomen- ja ruotsinkieliselle väestölle samantyyppisin perustein.

Perustuslain 122 §:n mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samantyyppisten perusteiden mukaan. Perustuslain 122 §:n tarkoituksena ei ole ensisijaisesti varmistaa

yksikielisten yksiköiden muodostaminen, vaan ennen kaikkea turvata palvelut niin suomen kuin ruotsinkin kielellä.

Kielilaki (423/2003) sisältää yksityiskohtaiset säännökset oikeudesta käyttää suomea ja ruotsia. Kielilakia sovelletaan valtion ja kuntien viranomaisissa ja itsenäisissä julkis-oikeudellisissa laitoksissa. Laki koskee myös valtion liikelaitoksia, valtion ja kuntien yhtiöitä sekä yksityisiä niiden hoitaessa julkisia hallintotehtäviä.

Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan saamelaisilla on alkuperäiskansana oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Säännöksen sisältämän lakivarauksen mukaan saamelaisten oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisissa säädetään lailla. Asiasta säädetään nykyisin saamen kielilailla (1086/2003). Kunnilla ei ole velvollisuutta järjestää saamenkielisiä sosiaali- ja terveyspalveluja. Asiakkaalla ja potilaalla on kuitenkin oikeus saada tulkkausta kaikille kolmelle saamen kielelle saamelaisten kotiseutualueella ja niissä kuntayhtymissä, johon nämä kunnat kuuluvat. Tällaisia ovat esimerkiksi Lapin sairaanhoitopiiri ja Lapin erityishuoltopiiri. Asiakkaalla ja potilaalla on Saamen kielilain mukainen oikeus saada hallintopäätökset omalla kielellään. Saamen kielilain mukainen kulttuuri-itsehallinto ei ulotu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen, joka on kuntien vastuulla. Sen sijaan saamenkielisellä väestöllä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön, jotta kielen lisäksi heidän perinteiset tapansa ja elinkeinonsa tulevat asianmukaisesti huomioon otetuiksi.

Romaneilla ei ole omaa kielilakia, mutta oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan sisältyy perustuslain 17 §:n 3 momenttiin. Tutkimustulosten mukaan romanikieltä käyttää noin 30 – 40 prosenttia romaniväestöstä, ja eniten kieltä käytetään kotona sekä sukulaisten ja ystävien kanssa. Romaniväestö käyttää viranomaisten kanssa asioidessaan suomen kieltä. Sen sijaan romaniväestön kulttuurisen ymmärryksen tarve korostuu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa, joissa romaniväestön tapakulttuuri poikkeaa valtaväestön käytännöistä esimerkiksi puhtauskäytävien osalta.

Perustuslain 17 § 3 momentin mukaan viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käänösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla. Tästä oikeudesta on säädetty tarkemmin vammaisten henkilöiden tulkkaukspalvelusta annetussa laissa (133/2010).

Suomessa asuu 4 863 351 suomenkielistä ja 291 219 ruotsinkielistä (valtioneuvoston kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta 2013) henkilöä. Erityisesti Etelä-Suomessa ruotsinkielisen väestön kaksikielisyys on yleistä. Pohjois-, inarin- ja kolttasaamea puhuvia henkilöitä arvioidaan olevan yhteensä noin 9000–10 000. Kotiseutualueen (Enontekiö, Utsjoki, Inari ja osa Sodankylää) ulkopuolella asuu yli puolet saamelaisista ja alle 10-vuotiaista lapsista jopa yli 70 prosenttia. Sekä viittomakielisiä että romaniväestöön kuuluvia henkilöitä arvioidaan niin ikään olevan noin 10 000 ja he asuvat eri puolilla Suomea.

Sekä sosiaalihuoltolaissa että terveydenhuoltolaissa on säädetty kunnan tai kuntayhtymän velvollisuudesta lisäksi huolehtia siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat sosiaalihuollon palveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Kunnan tai kuntayhtymän on tällöin mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkauksen ja käänösavun ja, mikäli mahdollista, käytetään asiakkaan tai potilaan ymmärtämää kieltä. Säännökset perustuvat Pohjoismaiseen sosiaalipalvelusopimukseen (69/1996, 5 artikla), jonka toimeenpanosta on säädetty tasavallan presidentin asetuksella (136/2004).

Muita kieliä, kuten venäjän ja viron kieltä, koskevat potilas- ja asiakaslain säännökset, joiden mukaan potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

## 2.2 Kunnallinen itsehallinto

Kunnallisen itsehallinnon perusteista säädetään perustuslain 121 §:ssä. Sen 1 momentin mukaan kuntien hallinnon on perustuttava kunnan asukkaiden itsehallintoon. Kuntien

hallinnolle on siten asetettu kansanvaltaisuusvaatimus. Pykälän 2 momentti edellyttää, että kuntien hallinnon yleisistä perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Kuntien hallinnon yleisillä perusteilla tarkoitetaan muun muassa kunnan ylimmän päätösvallan käyttöä, kunnan muun hallinnon järjestämisen perusteita ja kunnan asukkaiden keskeisiä osallistumisoikeuksia.

Itsehallinnon periaatteen mukaisesti lailla on turvattava kunnan päätöksentekojärjestelmän kansanvaltaisuus, mikä sisältää ennen muuta kunnan asukkaiden oikeuden valitsemiinsa hallintoelimiin sekä sen, että päätösvalta kunnissa kuuluu asukkaiden valitsemille toimielimille (hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslaiksi, HE 1/1998 vp). Lailla säättämisen vaatimus ulottuu mainitun säännöksen nojalla myös kunnille annettaviin tehtäviin. Kunnan itsehallinnon periaatteisiin kuuluu, että kunnan tulee voida itse päättää tehtävistä, joita se itsehallintonsa nojalla ottaa hoidettavakseen, ja ettei kunnalle voida antaa tehtäviä lakia alemmanasteisilla säädöksillä (HE 1/1998 vp, s. 176). Lisäksi perustuslain 121 §:n 3 momentissa vahvistetaan kunnille verotusoikeus ja edellytetään, että verovelvollisuuden ja veron määräytymisen perusteista sekä verovelvollisen oikeusturvasta säädetään lailla.

Itsehallintoon perustuvan toiminnan tarkoituksena on kuntalaisten hyvinvointipalvelujen turvaaminen, paikallisdemokratian toimivuuden varmistaminen sekä alueen elinvoiman edistäminen. Suomessa kunnilla on merkittävä asema ja tehtävä yhteiskunnan vastuulla olevien hyvinvointipalvelujen järjestäjinä, rahoittajina ja tuottajina. Paikalliset vahvuudet ja luottamustoimisuus kanavoitetaan yhteiseksi eduksi. Hyvinvointivaltio nojautuu siten toiminnallisesti kunnalliseen itsehallintoon.

Eduskunnan perustuslakivaliokunta on määrittänyt kunnallisen itsehallinnon ydinsältöä eri lakien tarkastelujen yhteydessä. Kunnallisen itsehallinnon perustuslain suojaamia ominaispiirteitä ovat kuntalaisten oikeus valita kunnan ylin päättävä elin. Kunnalla on lisäksi itsenäinen taloudellinen päätösvalta, johon sisältyy verotusoikeus. Kunnalla on yleinen toimivalta päättää kuntalais-

ten yhteisistä asioista. Kunnan itsehallintoon sisältyy demokratia ja läheisyysperiaate.

Suomessa kunnat eivät ole vain asukkaiden paikallisista asioista huolehtivia demokratian perusyksiköitä, vaan niiden tehtävänä on huolehtia myös siitä, että perustuslaissa turvatut taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset perusoikeudet toteutuvat. Näin ollen perustuslain 121 §:ssä säädetyn kunnallisen itsehallinnon ohella kuntia koskevan lainsäädännön kannalta merkitystä on perustuslain 2 luvussa säädetyillä perusoikeussäännöksillä. Näitä on kuvattu edellä kohdissa 2.1.1 ja 2.1.2.

Kunnallinen itsehallinto kuuluu myös eurooppalaisen demokratian keskiöön. Suomi on sitoutunut noudattamaan Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjaa (SopS 66/1991). Peruskirjan mukaan kunnallisen itsehallinnon suojaaminen ja voimistaminen edistävät sellaisen Euroopan rakentamista, joka nojautuu demokratian ja desentralisaation periaatteille. Verrattaessa eri maailman maita keskenään voidaan myös havaita, että vahva paikallinen itsehallinto sekä taloudellinen ja sivistyksellinen kehittyneisyys liittyvät yleensä yhteen. Kunnallinen itsehallinto on demokraattisten kansakuntien tapa järjestää paikallisten asioiden hoito. Suomen kunnallishallinnolla on omat ominaispiirteet, mutta myös kansainväliset juuret. Eri puolilla maailmaa itsehallintoon sisältyy periaate, että hallintoa hoitavat ne, joita tämä hallinto palvelee. Kunnallinen itsehallinto on luonteeltaan yleistä, sen puitteissa kunnan hoidettavaksi kuuluvat laeissa erikseen määrätyt tehtävät ja muut paikalliset asiat, joita yleinen etu vaatii kunnan hallinnon hoidettaviksi.

### **2.3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen**

Palvelurakennetyöryhmä määritteli väliraportissaan (STM Raportteja ja muistioita 2012:17) hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seuraavasti: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on yksilöön, perheisiin, yhteisöihin, väestöön, elinoloihin ja elinympäristöön (sekä palvelujen järjestämiseen) kohdentuvaa toimintaa, jonka avulla parannetaan väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä

vähennetään eroja väestöryhmien välillä. Lisäksi ehkäistään sairauksia, tapaturmia, syrjäytymistä ja muita sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä parannetaan työ- ja toimintakykyä ja vahvistetaan yhteisöllisyyttä, osallisuutta ja turvallisuutta. Kunnassa hyvinvointia ja terveyttä edistävä työ on eri toimialojen ja kunnassa ja alueella toimivien muiden organisaatioiden yhteistyössä toteuttamaa suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista hyvinvointia ja terveyttä edistävään työhön ja väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämiseen.

Väestön hyvinvoinnin turvaaminen on kirjattu Suomen perustuslakiin, jonka mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä ja tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Kuntalain 1 §:n 3 momentti velvoittaa kuntia edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan. Terveystieteiden laki velvoittaa kuntia ja kuntayhtymiä terveys- ja hyvinvointivaikutusten ennakoarvointiin päätöksenteossaan ja ratkaisujen valmistelussa. Kuntien tulee seurata asukkaitensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin, ja tätä varten on valmisteltava hyvinvointikertomus ja määriteltävä seurannan indikaattorit. Myös terveyden ja hyvinvoinnin vastuutahot tulee määritellä. Terveystieteiden edistämisen toteutuksesta tulee sopia kuntien yhdessä laatimassa järjestämissuunnitelmassa. Sosiaalihuoltolain 13 §:n 2 momentin nojalla kunta on muiden sosiaalihuoltoon kuuluvien tehtäviensä lisäksi velvollinen toimimaan alueellaan muutoinkin sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja sosiaalisten epäkohtien poistamiseksi. Sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) 1 ja 2 §:n nojalla sosiaalilautakunnan on sosiaalisten olojen kehittämiseksi sekä sosiaalisten epäkohtien ehkäisemiseksi ja poistamiseksi perehdyttävä elinolosuhteisiin kunnassa ja seurattava niiden kehitystä. Sosiaaliset näkökohdat on otettava huomioon kunnan eri

toiminnoissa, kuten terveydenhuollossa, koulutoimissa, maankäytössä ja rakentamisessa, asumisen järjestämisessä, työllistämisessä, kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnoissa sekä liikenne- ja muiden palvelujen järjestämisessä.

Lainsäädäntöä, jossa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen painottuu, ovat esimerkiksi lastensuojelulaki (417/2007), nuorisolaki (72/2006), alkoholilaki (1143/1994), tupakkalaki (693/1976) ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) ja asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011). Yksityiskohtaisemmin eri väestö- ja asiakasryhmien hyvinvoinnin edistämisestä säädetään näitä ryhmiä koskevissa erityissääntelyssä. Laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta (410/2009) määrittelee minimivaatimukset ympäristöterveydenhuollon järjestämiselle kunnissa. Ympäristöterveydenhuollon järjestämiseksi kunnat ovat muodostaneet ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueita, joiden tehtävänä on toimeenpanna kunnallinen elintarvikelaki, terveydensuojelulaki, kemikaalilaki, tupakkalaki, kuluttajaturvallisuuslaki sekä eläinlääkintähuoltolain mukainen ympäristöterveyshaittojen valvonta.

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja siihen sisältyvä eriarvoisuuden vähentäminen ja terveyserojen kaventaminen ovat kunnan perustehtäviä. Kuntalain ja terveydenhuoltolain mukaan tehtävä kuuluu kunnassa kaikille hallinnonaloille, osana kunkin hallinnonalan omia perustehtäviä. Tehtävät yhteen sovitetaan kuntastrategiassa ja niiden toimeenpanosta ja rahoituksesta päätetään toiminnan ja talouden suunnitelmassa. Kuntien ja kuntayhtymien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen pitkäjänteinen työ tarvitsee kunnassa pysyvät, hallinnonalat ylittävät yhteistyö- ja toimeenpanorakenteet. Ensijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuuluu kuntajohdolle. Hallinnonalat ylittävää operatiivista johtamista, asioiden valmistelua ja toimeenpanoa varten suositellaan, että kunnat nimeävät eri toimialojen johtohenkilöistä koostuvan hyvinvoin-

tityöryhmän, jonka puheenjohtaja on kunnan johtoryhmän jäsen. Hyvinvointityöryhmän alaisuudessa sisältökysymysten valmistelussa ja toimeenpanossa toimii sisällöllisiä työryhmiä tai asiat valmistellaan sillä toimialalla, joka pääasiassa vastaa näistä asioista. Toiminnan ja talouden suunnittelua, johtamista, seuranta- ja raportointia varten on kehitetty kuntajohdon työkaluksi sähköinen hyvinvointikertomus, joka toimii kunnassa johtamisen ja ohjauksen välineenä, myöhemmin myös kansallisen ohjauksen välineenä.

Hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn kansallinen ohjaus on lainsäädännön ohella painottunut informaatio-ohjaukseen, johon ohjelmaohjauksen lisäksi luetaan kuntien kanssa tehtävä käytäntöjen, toimintamallien ja menetelmien kehittäminen, koulutus ja viestinnän keinoin tutkimustiedon levittäminen. Viime vuosina sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla olevia kansallisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monialaisia yhteistyöohjelmia on ollut runsaasti, esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001–2015), Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2008–2011), Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (2008–2011) sekä Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, Kaste (2008–2011, 2012–2015), jossa yhtenä läpikulkevana tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Näiden lisäksi kansallisia ohjausinstrumentteja ovat olleet laatusuositukset, valtioneuvoston periaatepäätökset, oppaat sekä teemakohtaiset ohjelmat, esimerkiksi terveyden edistämisen laatusuositukset, ravitsemusta ja liikuntaa käsittelevät periaatepäätökset ja suositukset, Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma, Alkoholiohjelma, Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen, Mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma, Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma ja Kansallinen väkivallan vähentämishjelma (Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, Väliarviointi, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4). Ohjelmaohjaukselta on kritisoitu ohjelmien runsaslukuisuudesta ja siitä, ettei ohjelmia tunneta kunnissa. Ohjelmien tavoitteet ovat kuitenkin



sisältyneet melko hyvin kuntien tekemiin suunnitelmiin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittänyt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tietopohjaa, käytäntöjä, menetelmiä ja työvälineitä yhdessä kuntien ja alueiden kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuloksellisuutta kunnissa toimialakohtaisilla terveyden edistämisen aktiivisuutta kuvaavilla kuntakyselyillä. Lisäksi aluehallintovirastot ja valtakunnallisesti Valvira, ympäristöterveydenhuollossa myös Evira ja Tukes, seuraavat ja ohjaavat kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistävää toimintaa.

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmä on selvittänyt sosiaalihuoltoa koskevien lakien kokonaisrakenteen, soveltamisalan ja sisällön uudistamistarpeen (Työryhmän loppuraportti: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2012:21). Tavoitteena on uudistaa sosiaalihuollon lainsäädäntöä niin, että sosiaalihuolto entistä paremmin tukee ja vahvistaa ihmisten hyvinvointia ja perusoikeuksien toteutumista ja ehkäisee sosiaalisten ongelmien syntymistä ja lisääntymistä.

## 2.4 Terveydenhuolto

Kunnallisesta terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja järjestämisvastuusta säädetään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoito-laissa. Vastuu terveydenhuollon järjestämisestä kuuluu kunnalle. Terveydenhuoltolaisissa (ja muissa erityislaeissa) säädetään terveyspalvelujen sisällöstä.

### Perusterveydenhuolto

Kansanterveyslain mukaan kunnan on järjestettävä kansanterveystyö, jota voidaan kutsua myös perusterveydenhuolloksi. Kansanterveystyön toimeenpanosta huolehtii yksi tai useampi kunnan määräämä monijäseninen toimielin.

Kunnat voivat järjestää perusterveydenhuollon yhdessä perustamalla kuntayhtymän. Jos kansanterveystyöstä huolehtii kuntayhtymä, sen on asetettava perusterveydenhuol-

lon toimeenpanosta vastaava monijäseninen toimielin yhteisesti jäsenkuntia varten.

Kunta voi myös sopia toisen kunnan kanssa siitä, että tämä hoitaa osan perusterveydenhuollon toiminnoista.

Kansanterveyslain 2 a luvussa ja sosiaalihuoltolain 2 a luvussa säädetään kotihoitokokeilusta, joka on voimassa vuoden 2014 loppuun saakka. Säännökset mahdollistavat kokeiluun osallistuvilla kunnilla sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun ja kansanterveyslain mukaisen kotisairaanhoidon yhdistämisen kotihoidon palvelukokonaisuudeksi, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen sujuvan käytön kotihoidon yksikössä.

Terveyden- ja sairaanhoidon palveluja (terveydenhuoltolain 13–22 ja 24–29 §:ssä tarkoitettuja toimintoja) varten kunnalla tulee olla terveyskeskus. Sen toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanotoille tai järjestää liikkuvien toimintayksiköiden avulla. Kunta voi antaa terveyskeskuksen hoidettavaksi myös muita kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä. Terveyskeskuksen toiminnasta vastaa toimintayksikön vastaava lääkäri. Terveyskeskuksia oli vuonna 2012 yhteensä 154, joista 91 on kuntien, 33 kuntayhtymien ja 30 vastuukuntien terveyskeskuksia. Alle 20 000 asukkaan terveyskeskuksia on 77 ja yli 20 000 asukkaan terveyskeskuksia on samoin 77.

### Erikoissairaanhoito ja sairaanhoitopiirit

Kuntien vastuulla on huolehtia siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoito on kunnalle kuuluva tehtävä, mutta sen toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Ahvenanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu maakunnan lainsäädäntövaltaan. Sen perusteella niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollonkin järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoidoviranomainen (Ålands hälso- och sjuk-

vård). Kunta voi itse päättää, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua.

Erikoissairaanhoitolaissa on säädetty sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän jäsenkuntien edustajista ja äänimääristä kuntayhtymän liittovaltuustossa. Kunnan edustajien äänimäärä voi olla enintään viidennes kaikkien jäsenkuntien valitsemien edustajien yhteenlasketusta rajoittamattomasta äänimäärästä. Lisäksi yliopistollisen sairaanhoitopiiriin osalta on säädetty yliopiston oikeudesta nimetä edustaja liittovaltuustoon ja liittohallitukseen. Muilta osin kuntayhtymän hallintoon ja päätöksentekoon sovelletaan kuntalain säännöksiä.

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Sairaanhoitopiirissä hoidon johtaminen ja valvominen sekä hoidosta päättäminen kuuluvat johtavalle lääkärille tai kuntayhtymän muulle lääkärille. Sairaanhoitopiirillä on vastuu erikoissairaanhoitoon lähetettyjen potilaiden ja kiireellistä erikoissairaanhoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon järjestämisestä, mutta muilta osin vastuu säilyy kunnalla.

Kun sairaanhoitopiirillä on vastuu erikoissairaanhoidon järjestämisestä, tulee kaikille sairaanhoitopiiriin jäsenkuntien asukkaille järjestää palvelut samojen periaatteiden mukaisesti. Perusoikeuksien toteuttamisessa pidetään erityisesti tärkeänä alueellista yhdenvertaisuutta. Erilaisuutta kuntien palveluvalikoimissa ja niiden järjestämistavoissa rajoittaa perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuussäännös. Yhdenvertaisuusperiaate edellyttää, että toiminnasta vastaava taho järjestäisi toiminnan siten, että kaikilla ihmisillä, jotka kuuluvat toimijan vastuupiiriin, tulee olla mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perustein.

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskus-sairaala. Näistä viisi on erityistason sairaanhoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita (Helsinki, Turku, Tampere, Oulu ja Kuopio). Sairaanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. Sairaanhoitopiiriin sairaaloita on käytetty ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon. Poikkeuksena

ovat erityistason sairaanhoito ja muut mahdolliset sopimuksenvaraiset järjestelyt. Terveystieteidenhuoltolailla säädetty potilaan mahdollisuus valita hoitopaikkansa erityisvastuualueella sijaitsevista sairaaloista ja vuoden 2014 alusta voimaan tuleva valtakunnallinen valinnanvapaus muuttavat tilannetta.

Terveystieteidenhuoltolailla sairaanhoitopiiriin kuntayhtymälle on säädetty velvollisuus vastata alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä on velvollinen yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa suunnittelemaan ja kehittämään erikoissairaanhoitoa siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiiriin on perustettava perusterveydenhuollon yksikkö, joka antaa asiantuntevasta ja sovitusta yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta sekä huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista.

Samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunnitelmasta on neuvoteltava sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kanssa. Suunnitelmassa on sovittava kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lasten päivähoidon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken.

#### Erityisvastuualueet

Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu viiteen erityisvastuualueeseen. Erityisvastuualueeseen tulee kuulua sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärinkoulutusta antava yliopisto. Erityisvastuualueista annetulla valtioneuvoston asetuksella (812/2012) on säädetty siitä, mit-

kä ovat erityisvastuualueet ja mitkä sairaanhoitopiirit kuuluvat mihinkin erityisvastuualueeseen. Nykyisen lainsäädännön mukaan erityisvastuualue ei ole oikeushenkilö, vaan sen hallinto tukeutuu yliopistollisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintoon.

Terveydenhuoltolain mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiiri on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoito. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, jonka hallinnassa on yliopistollinen sairaala, on järjestettävä erityistason sairaanhoito erityisvastuualueellaan.

Terveydenhuoltolain mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiiri on yhteistyössä huolehdittava kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta erikoissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa sekä tieteellisen tutkimuksen ja kehittämisen järjestämisessä. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiiri on myös suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto, tietojärjestelmäratkaisut, lääkinnällinen kuntoutus ja erilaiset hankinnat sekä sovitettava yhteen koulutusviranomaisten ja työhallinnon kanssa terveydenhuollon henkilöstön perus-, jatko- ja täydennyskoulutusta sekä maakuntien liittojen kanssa työvoiman kysyntää ja koulutustarjontaa. Käytännössä tämä tapahtuu erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen kautta.

Lisäksi erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien tulee sopia ensihoitokeskuksen tehtävien hoitamisesta.

Terveydenhuoltolain 61–62 §:ssä säädetään valtion rahoituksesta. Valtio maksaa rahoitusta yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille, jotka jakavat tutkimusrahoituksen tutkimushankkeille alueellaan. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö jakaa valtion varoista yliopistollisille sairaaloille vuosittain korvausta lääkärin ja hammaslääkärin koulutukseen.

## 2.5 Sosiaalihuolto

Sosiaalihuoltolain 5 §:ssä säädetään sosiaalihuollon järjestämisvastuusta. Säännöksen mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen

mukaan, kuin tässä laissa tai muutoin säädetään.

Kunnan on sosiaalihuollon järjestämisvastuunsa perusteella huolehdittava asukkaidensa tarpeista. Kunta on vastuussa siitä, että kunnan asukkaat saavat lailla säädetty sosiaalihuollon palvelut ja että sosiaalihuollon tehtäviin varataan riittävästi määrärahoja kunnan talousarviossa. Kunnan järjestämisvastuuseen sisältyy päätösvalta asukkaille järjestettävien sosiaalipalvelujen määrästä, laadusta ja tuotantotavasta. Kunnan viimekätistä järjestämisvastuuta suhteessa kunnan asukkaaseen ilmentää myös se, että palvelujen saatavuudessa tai laadussa olevien puutteiden johdosta kunnan asukkaalla on mahdollisuus kohdistaa oikeusturvavaateensa kuten hallintoriitihakemuksensa, vahingonkorvausvaatimuksensa ja hallintokantelunsa kuntaan, jonka asukas hän on.

Sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä kunnan on sosiaalihuoltolain 13 §:n mukaan huolehdittava sen sisältöisinä ja siinä laajuudessa kuin kulloinkin säädetään:

- 1) sosiaalipalvelujen järjestämisestä asukkailleen;
- 2) toimeentulotuen antamisesta kunnassa oleskelevälle henkilölle;
- 3) sosiaaliavustusten suorittamisesta asukkailleen;
- 4) ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuudesta ja niiden hyväksikäyttämisestä;
- 5) sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotustoiminnan järjestämisestä;
- 6) sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä; sekä
- 7) sosiaalisen luoton myöntämisestä asukkailleen.

Lisäksi kunta on alueellaan velvollinen toimimaan muutoinkin sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja sosiaalisten epäkohtien poistamiseksi.

Kunnan on sosiaalihuoltolain 17 §:n mukaan huolehdittava seuraavien sosiaalipalveluiden järjestämisestä:

- 1) sosiaalityö;
- 2) kasvatus- ja perheneuvonta;
- 3) kotipalvelut;
- 4) asumispalvelut;

5) laitoshuolto;  
6) perhehoito;  
7) vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta;

8) toimenpiteet elatusavun vahvistamiseksi.  
Kunnan on myös sosiaalihuoltolain 17 §:n 2 momentin mukaan huolehdittava lasten ja nuorten huollon, kehitysvammaisten erityishuollon, vammaisuuden perusteella järjestettävien palvelujen ja tukitoimien sekä päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvien palveluiden, lastenvalvojalle säädettyjen tehtävien ja muiden isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen, ottolapsineuvontaan, perheasioiden sovitteluun, lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanossa toimitettavaan sovitteluun kuuluvien toimenpiteiden sekä omaishoidon tuen ja muiden sosiaalipalveluiden järjestämisestä sekä kuntouttavasta työtoiminnasta annetussa laissa (189/2001) säädetyistä tehtävistä sen mukaan kuin niistä lisäksi erikseen säädetään.

Kunta voi sosiaalihuoltolain 17 §:n 1 ja 2 momenteissa tarkoitettujen sosiaalipalveluiden lisäksi järjestää muitakin tarpeellisia sosiaalipalveluita (17 §:n 4 momentti).

Kunnanvaltuusto vastaa kuntalain 13 §:n mukaan kunnan toiminnasta ja taloudesta, päättää niihin liittyvistä keskeisistä tavoitteista sekä hyväksyy talousarvion. Sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä huolehtii puolestaan sosiaalihuoltolain 6 §:n mukaan yksi tai useampi kunnan määräämä toimielin. Toimielimen tehtävänä on myös edustaa kuntaa, valvoa sen oikeutta ja käyttää puhevaltaa sosiaalihuollon yksilöllistä toimeenpanoa koskevista asioista ja tehdä sen puolesta näissä asioissa sopimukset ja muut oikeustoimet. Toimielimen laissa säädettyä päätösvaltaa ja oikeutta puhevallan käyttämiseen voidaan johtosäännöllä siirtää toimielimen alaisille viranhaltijoille henkilön tahdosta riippumattomasti huoltoa koskevia päätöksiä lukuun ottamatta (*sosiaalihuoltolaki 12 §*).

Toimielimille voidaan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien lisäksi antaa muitakin tehtäviä. Jos kunta järjestää kansanterveys-työn palvelut itse, voi sosiaali- ja terveydenhuollosta vastata yhdistetty lautakunta (sosi-

aali- ja terveyslautakunta, perusturvalautakunta) tai tehtävät voivat kuulua kahdelle erilliselle lautakunnalle. Kunta voi jakaa vastuuta sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä myös useammalle toimielimelle kunnassa. Esimerkiksi Tampereen kaupungin tilaaja-tuottajamallissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä vastaa kolme tilaajalautakuntaa elämänkaarimallin mukaisesti.

Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisvastuu.

Kehitysvammaisten erityishuollon järjestäminen eroaa jossain määrin muusta kunnan velvollisuudeksi säädetyn sosiaalihuollon järjestämisestä. Sosiaalihuollon yleislakina sosiaalihuoltolaki velvoittaa kunnan huolehtimaan myös kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisestä (sosiaalihuoltolaki 5 § 1 momentti ja 17 § 2 momentti). Erityishuollon järjestämisestä säädetään tarkemmin sitä koskevassa erityislaissa, kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977, jäljempänä *kehitysvammalaki*).

Kehitysvammalain 6 §:n mukaan erityishuollon järjestämistä varten maa jaetaan erityishuoltopiireihin, joiden alueet määrää valtioneuvosto. Erityishuoltopiiriin kuuluvat kunnat ovat jäseninä erityishuoltopiirin kuntainliitossa, jonka tulee järjestää kuntien velvollisuudeksi säädetty erityishuolto, mikäli kehitysvammalain säännöksistä ei muuta johdu. Jos kunnan väestöpohja tai muut erityiset syyt vaativat, voi kunta yksin muodostaa erityishuoltopiirin. Kunnasta on tällöin soveltuvin osin voimassa, mitä erityishuoltopiirin kuntainliitosta on säädetty. Kunnat on jaettu erityishuoltopiireihin erityishuoltopiireistä annetulla valtioneuvoston asetuksella (1045/2008). Erityishuoltopiireihin kuuluvat kunnat ovat jäseninä erityishuoltopiirien kuntainliitossa lukuun ottamatta Helsingin kaupunkia, joka muodostaa valtioneuvoston päätöksen mukaan yksin Helsingin erityishuoltopiirin.

Kaksikieliset ja ruotsinkieliset kunnat ovat lisäksi jäseninä erityishuollon kuntainliitossa, jonka tehtävänä on piiriasta riippumatta jäsenkuntiansa ruotsinkielisen väestön erityishuollon järjestäminen (kehitysvammalaki

6 § 5 momentti). Ruotsinkielisistä erityishuollon palveluista Manner-Suomessa huolehtii Kärkulla samkommun, jonka jäseninä ovat kaikki kaksikieliset ja ruotsinkieliset kunnat.

Kehitysvammalain 6 §:n 4 momentin mukaan valtioneuvosto voi piirijaosta riippumatta määrätä erityishuollon kokonaan tai osittain yhden tai useamman kuntainliiton järjestettäväksi, jos erityishuolto tai osa siitä sen vaativuuden, siinä tarvittavien erityisten edellytysten taikka muiden vastaavanlaisten syiden vuoksi on tarkoituksenmukaista järjestää suurempaa kuin yhden erityishuoltopiirin väestömäärää varten. Valtioneuvosto ei ole antanut päätöstä erityishuollon järjestämisen keskittämisestä tietyille erityishuoltopiireille, mutta erityishuoltopiirien kesken on tapahtunut erikoistumista erityishuollon eri osa-alueisiin, kuten psykiatrasta hoitoa tarvitsevien, autististen, rikokseen syyllistyneiden tai haastavasti käyttäytyvien alaikäisten kehitysvammaisten erityishuoltoon.

Kehitysvammalaki mahdollistaa myös erityishuoltopiirin ja sairaanhoitopiirin sulautumisen. Erityishuoltopiirin kuntayhtymä voi sopia sellaisen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa, jonka toimialue käsittää erityishuoltopiirin alueen, että erityishuoltopiirin kuntayhtymän varat ja velat siirtyvät sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle. Tällä hetkellä neljä erityishuoltopiiriä (Etelä-Karjalan, Kainuun, Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Karjalan) on sulautunut sairaanhoitopiireihin.

Kunnat ovat siis jäseninä niin sanotuissa erityishuollon pakkokuntainliitoissa, joiden tehtävänä on järjestää kuntien velvollisuudeksi säädetty erityishuolto. Sen estämättä myös kunta voi kehitysvammalain 14 §:n mukaan järjestää erityishuoltoa. Kunta voi siten järjestää erityishuollon osittain tai kokonaan itse, mutta sen on joka tapauksessa kuuluttava kehitysvammalain mukaisesti erityishuollon kuntainliittoon. Kunnan erityishuoltoviranomaisena toimii sosiaalilautakunta, jonka kanssa erityishuoltopiirin kuntainliiton tulee toimia yhteistyössä silloinkin, kun paikallisen erityishuollon järjestäminen on kuntainliiton tehtävänä.

Erityishuoltoon pyrkimistä koskeva aloite tulee tehdä erityishuoltopiirin kuntainliitolle

tai henkilön kotikunnan sosiaalilautakunnalle (kehitysvammalaki 31 § 1 momentti). Käytännössä asiakkaat hakeutuvat kunnan tai erityishuoltopiirin erityishuollon palveluihin yleensä omaisen aloitteesta tai kunnan sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisen ohjaamana.

Erityishuollon palvelujen järjestämisen ja tuottamisen jakautumisessa kunnan ja erityishuoltopiirin välillä on käytännössä jossain määrin eroja kuntayhtymittäin. Osa erityishuoltopiireistä toimii selkeämmin vain erityishuollon palveluiden tuottajina siten, että erityishuoltopiirin palveluja annetaan vain kunnan maksusitoumuksen perusteella tai palveluihin hakeudutaan kunnan sosiaaliviraston kautta. Osalla erityishuoltopiireistä näyttäisi olevan palvelujen tuottamisvastuun lisäksi jossain määrin myös palvelujen järjestämisvastuuta. Erityishuoltopiirin vastuulla voi olla huolehtia kunnan koko erityishuollon palveluista, jolloin erityishuoltopiiri arvioi myös asiakkaan huollon tarpeen ja vastaa yksilökohtaisesta päätöksenteosta, jolloin kunta vastaa lähinnä palveluiden rahoituksesta. Osalla erityishuoltopiireistä on myös vastuuta erityishuollon asiantuntijapalveluiden ja kiireellisen huollon järjestämisestä.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain 6 §:n mukaisesti erityishuollon palvelut tulee eräiltä osin järjestää sairaanhoitopiirien yhteydessä.

## 2.6 Kunta- ja palvelurakenne

### Kuntarakenne

Perustuslain 121 §:n mukaan Suomi ja kaantuu kuntiin, joiden hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Perustuslain 122 §:n mukaan kuntajaon perusteista säädetään lailla. Kuntajaon muutoksen perusteista ja menettelyistä säädetään kuntarakennelaisissa (1698/2009).

Kuntarakennelain 1 §:n mukaan Suomi ja kaantuu kuntiin asukkaiden itsehallintoa, palvelujen järjestämistä ja yleistä hallintoa varten. Lain 2 §:n mukaan kuntajaon kehittämisen tavoitteena on elinvoimainen, alueellisesti eheä ja yhdyskuntarakenteeltaan toi-

miva kuntarakenne, joka vahvistaa kunnan asukkaiden itsehallinnon edellytyksiä. Tavoitteena on myös, että kunta muodostuu työssäkäyntialueesta tai muusta toiminnallisesta kokonaisuudesta, jolla on taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata kunnan asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta sekä riittävästä omasta palvelutuotannosta.

Suomessa on tällä hetkellä 320 kuntaa. Kuntien lukumäärä on vähentynyt liki kol-

manneksella 2000-luvulla. Vaikka 2000-luvulla toteutuneet yhdistymiset ovat vähentäneet erityisesti kaikkein pienimpien kuntien määrää, kuntarakenne on edelleen pienkuntavaltainen: vain noin sadassa Suomen kunnassa on yli 10 000 asukasta. Alle 2 000 asukkaan kuntien määrä on lähes puolittunut, mutta niitä on vuonna 2013 edelleen yhteensä 31.

Manner-Suomen kunnat (pl Ahvenanmaa)	v.2008*		v.2012 **	
	kpl	asukkaita	kpl	asukkaita
alle 2 000 asukkaan kuntia	63	88 481	33	48 450
alle 10 000 asukkaan kuntia	300	1 305 437	218	1 001 095
10 000- 20 000 asukkaan kuntia	46	662 382	46	663 893
yli 20 000 asukkaan kuntia	53	3 305 512	56	3 707 925
kuntia yhteensä	399		320	

Manner-Suomen kuntien koko ja asukasluvut (\*31.12.2007 asukasmäärätiedoilla, \*\*31.12.2011 asukasmäärätiedoilla).

#### *Metropolialueen erityispiirteet*

Metropolialueeksi kutsutaan yleensä 14:ää pääkaupunkiseudun vapaaehtoisen yhteistyön piirissä olevaa kuntaa (Helsinki, Vantaa, Espoo, Kauniainen, Kirkkonummi, Vihti, Kerava, Järvenpää, Tuusula, Nurmijärvi, Hyvinkää, Mäntsälä, Pornainen, Sipoo). Pääkaupunkiseudulla puolestaan tarkoitetaan Helsinkiä, Espoota, Vantaata ja Kauniaista.

Metropolialue poikkeaa muista Suomen kaupunkiseuduista muun muassa väestöpohjan, työssäkäynnin, asioinnin, julkisen talouden, tulevaisuuden haasteiden sekä palvelujen järjestämisen, kansainvälistymisasteen ja kansantaloudellisen merkityksensä osalta. Muilla kaupunkiseudulla keskuskunnan ja

sitä ympäröivien kuntien kokoero on suurempi ja yhtenäinen työssäkäynti- ja asiointialue suhteellisen suppea verrattuna metropolialueeseen. Metropolialueella sijaitsee kolme yli 200 000 asukkaan kaupunkia. Uudenmaan maakunnan 26 kunnassa asuu 1,55 miljoonaa ihmistä, joista noin 1,4 miljoonaa metropolialueen 14 kunnassa.

Väestöennusteiden mukaan 28 prosenttia koko maan väestöstä asuu metropolialueella vuonna 2040. Vuosien 2010 – 2040 välillä alueen väestön on ennustettu kasvavan 24,2 prosenttia koko maan kasvun ollessa noin 12 prosenttia. Metropolialueen asukkaista noin 10 prosenttia on vieraskielisiä ja vieraskielisten määrän ennustetaan kasvavan 18 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Alueella asuu

28 prosenttia (noin 81 000 henkilöä) koko maan ruotsinkielisestä väestöstä. Ruotsinkielisten osuus metropolialueen asukkaista on noin 6 prosenttia.

Sosiaaliset ongelmat ovat metropolialueella, erityisesti pääkaupunkiseudulla, muuta maata kärjistyneempiä. Palvelutarve kasvaa, mikä myös vaatii julkisten palvelujen suunnittelun ja tarjonnan osalta kuntarajat ylittävää yhteistyötä. Koulutus- ja tuloerot ovat muuhun maahan verrattuna korkeampia, ja vaikka alueen työttömyysaste on muuta maata matalampi, pitkäaikaistyöttömien määrä on muuta maata korkeampi. Nuoria, koulutuksen ulkopuolelle jääneitä on metropolialueella muuta maata enemmän. Haasteita ovat syrjäytyminen, asunnottomuus, maahanmuuttajaväestön laajuus ja kasvu, korkeat toimeentulotukimenot sekä tyypillisesti metropolialueille keskittyvät sairaudet (HIV/AIDS, kovien huumeiden käytön seuraukset). Metropolialueella on myös muuta maata enemmän yksinhuoltajia, päihde- ja mielenterveysongelmaisia sekä enemmän lapsia lastensuojelun piirissä. Asuinalueiden etninen eriytyminen on vahvistunut pääkaupunkiseudulla 2000-luvun kuluessa.

Metropolialue on toiminnallisesti yhtenäinen alue. Työssäkäynti- ja muu asiointiliikkinen poikkeaa merkittävästi muista Suomen kaupunkikeskusalueista. Metropolialueen asukkaat käyvät töissä ja asioivat eri suuntiin yli kuntarajojen. Myös kuntapalvelujen lisääntyvä valinnanvapaus luo paineita uudenlaisten palvelukokonaisuuksien rakentamiseen. Lyhyet etäisyydet, tiheä liikenneverkko ja hyvin toimiva joukkoliikenne mahdollistavat asiointin yli kuntarajojen ja hyvän sosiaali- ja terveyspalvelujen saavutettavuuden. Lyhyet välimatkat mahdollistavat sen, että erikoistuneimmatkin palvelut ovat helposti väestön saavutettavissa riippumatta siitä, missä päin metropolialuetta tai koko maakuntaa asutaan.

Metropolialueen kuntien haasteena on vastata kasvuun ja sen vaatimiin investointeihin. Palvelujen ja rahoituksen paineet kohdistuvat usein uusien peruspalveluiden tarjoamiseen muuttavalle väestölle. Taloudellisesti kunnat ovat vahvoja verrattuna muihin suomalaisiin kuntiin. Metropolialueen erityisyys muihin

kaupunkiseutuihin verrattuna perustuu ennen kaikkea sen suureen merkitykseen maan kansantaloudelle. Kaupunkiseuduista 12 suurimman osuus bruttokansantuotteesta on noin 2/3. Helsingin kaupunkiseudun osuus on ylivoimaisesti suurin muihin kaupunkiseutuihin verrattuna: yli 1/3 eli noin 35 prosenttia bruttokansantuotteesta. Helsingin kaupunkiseudun taloudellista merkitystä kuvaa myös se, että siellä sijaitsee 30 prosenttia koko maan työpaikoista.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) on tehty merkittäviä erikoissairaanhoidon uudelleen järjestelyjä, joilla on saavutettu tehokkuutta ja korkeaa laatua. Kliiniset tukipalvelut ja niitä edustavat erikoissalat on yhdistetty koko HUS-alueen kattavaksi kolmeksi liikelaitokseksi. Huollon tukipalveluista on muodostettu neljä liikelaitosta. Sairaaloiden välinen työnjako erityisesti pääkaupunkiseudulla on järjestetty uudelleen siten, että Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan (HYKS) Jorvin, Peijaksen ja Helsingin sairaalat keskittyvät kukin omiin erityistehtäviinsä. Toimintojen uudelleen järjestäminen on vähentänyt HUS-alueen kuntien erikoissairaanhoidon menoja merkittävästi, mikä merkitsee jäsenkunnille yhteensä vuositasolla yli 300 miljoonan euron säästöä.

HUS-alueen muut sairaalat toimivat omien alueidensa terveyskeskusten kanssa tiiviissä yhteistyössä keskittyen sellaisten kansansairauksien erikoissairaanhoitoon, jota on perusteltua tuottaa pienemmissä sairaaloissa hajautetusti lähellä potilaiden asuinpaikkaa. Alueellisten sairaaloiden ja HYKS:in väliset lyhyet etäisyydet ovat mahdollistaneet sen, että useita lääketieteen erikoisalojen palveluita tuotetaan vain HYKS:ssä. Pääkaupunkiseudun ulkopuolisten HUS-kuntien erikoissairaanhoidon käyttö jakaantuu euromääräisesti HYKS:in ja omien alueiden sairaaloiden kesken siten, että HYKS:in osuus vaihtelee kunnittain 50-30 % välillä. Pääkaupunkiseudun kunnat käyttävät yli 95-prosenttisesti HYKS:iä, mutta eräitä palveluja tuotetaan myös pääkaupunkiseudun asukkaille muissa sairaaloissa.

Kehitysvammaisten erityishuoltoa varten on Eteva -kuntayhtymä, johon kuuluvat Hel-

sinkä lukuun ottamatta muut Uudenmaan kunnat. Helsingin kaupunki järjestää erityis- huollon palvelut omana toimintanaan. Eteva tuottaa kuntien kanssa sovitun mukaisesti erityisesti vaativampia kehitysvammanhuollon palveluja ja muita vammais- palveluja. Lisäksi joillakin yksityisillä säätiöillä ja osalla vammaisjärjestöistä on merkittävää palvelutuotantoa. Ruotsinkielisen väestön osalta Kärkällä samkommun vastaa erityishuollon ja - hoidon järjestämisestä kehitysvammaisille.

Metropolialueen erityispiirteet on otettu huomioon kuntarakennelaissa, jossa on erillissäännös metropolialueen kuntajakoselvityksistä. Metropolialueella on siis katsottu tarpeelliseksi poiketa muuta maata koskevista selvityksistä työssäkäynnin, yhdyskuntarakenteen ja työpaikkaomavaraisuuden osalta, muun muassa koska erityisesti yhdyskuntarakenteen osalta muualla maassa sovellettavan selvityksien on arvioitu metropolialueella johtavan toiminnallisesta näkökulmasta liian suurten kuntajakoselvitysalueiden muodostumiseen.

Hallituksen rakennepoliittisessa ohjelmassa tehtyjen linjausten mukaisesti valtiovarainministeriö on käynnistänyt valmistelun metropolihallinnon perustamiseksi alueelle.

#### Kuntauudistus

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen hallitusohjelman mukaan hallitus toteuttaa koko maan laajuisen kuntauudistuksen, jonka tavoitteena on vahvoihin peruskuntiin pohjautuva elinvoimainen kuntarakenne. Vahva peruskunta muodostuu luonnollisesta työssäkäyntialueesta ja on riittävän suuri pystyäksensä itsenäisesti vastaamaan peruspalveluista vaativaa erikoissairaanhoidon ja vaativia sosiaalihuollon palveluja lukuun ottamatta. Vahva peruskunta kykenee tulokselliseen elinkeinopolitiikkaan ja kehittämistyöhön sekä voi tehokkaasti vastata yhdyskuntarakenteen hajautumiskehitykseen. Kuntauudistuksen tärkein tavoite on julkisten palveluiden turvaaminen myös tulevaisuudessa kaikkialla Suomessa.

Kuntauudistuksen toteuttamiseksi kuntajakolain (1698/2009) muutettiin heinäkuun alusta voimaan tulleella kuntajaon muutta-

mista koskevalla lailla (479/2013). Kuntajakolain nimike muutettiin sen sisältöä paremmin kuvaavaksi kuntarakennelaiksi. Lakiin lisättiin säännökset kuntarakenneuudistuksen toteuttamiseen liittyvistä kuntarakenneuudistuksen tavoitteista, kuntien selvitysvelvollisuudesta, selvityksistä ja niistä poikkeamisesta sekä kuntien yhdistymisen taloudellisesta tuesta.

Kuntarakenneuudistuksen tavoitteena on erityisesti vahvistaa kuntien edellytyksiä järjestää yhdenvertaisesti palveluja, eheyttää yhdyskuntarakennetta sekä vahvistaa kunnallista itsehallintoa. Tarkoitus on lisäksi vahvistaa kuntien kykyä vastata palvelutuotannosta pääosin itse sekä kykyä hyödyntää markkinoita.

Kuntarakennelain keskeisenä sisältönä on kunnille säädetty selvitysvelvollisuus. Kunnan tulee selvittää yhdessä muiden kuntien kanssa kuntajaon muuttamisen edellytykset täyttävän uuden kunnan muodostamista, jos yksikin laissa säädetyistä selvityksistä osoittaa selvityksen tarvetta. Selvitykset ovat palveluperuste, työpaikkaomavaraisuus-, työssäkäynti- ja yhdyskuntarakennepä- ruste sekä talousperuste. Metropolialueella sovelletaan työpaikkaomavaraisuus-, työssäkäynti- ja yhdyskuntaperusteiden sijasta omaa metropoliperustettaan.

Vaikka kunta ei täyttäisi mitään edellä mainituista perusteista, sen tulee osallistua yhdistymiselvitykseen, jollei muuten ole saavutettavissa selvityksistä täyttävää toiminnallista kokonaisuutta. Jos yhdistymiselvitysten ulkopuolelle on jäämässä kunta, joka muodostaisi toiminnallisen kokonaisuuden siihen rajoittuvan kunnan kanssa, on näiden kuntien selvittävä yhdessä kuntien yhdistymistä, tai ensiksi mainittu kunta on otettava mukaan selvitykseen, johon jälkimmäinen kunta osallistuu. Säännöksen tarkoituksena on ehkäistä sitä, että selvityksistä jäisi ulkopuolelle kuntia, joita muut kunnat eivät halua mukaan esimerkiksi kunnan heikon taloudellisen tilanteen vuoksi.

#### *Selvityksen sisältö ja määräajat*

Selvityksen tavoitteena on saada aikaan esitys kuntien yhdistymisestä ja siihen liitty-



vä yhdistymissopimus. Lähtökohtaisesti yhdistymisselvityksen tulisi siten kattaa ne asiat, jotka sisältyisivät yhdistymissopimukseen. Vaikka kunnat eivät päätyisikään tekemään yhdistymisesitystä, selvitykseen tulee kuitenkin aina sisältyä vähintään suunnitelma hallinnon ja palvelujen järjestämisestä ja palvelujen tuottamisesta selvitysalueella, selvitys yhdistymisen vaikutuksista kuntien yhteistoimintaan, selvitys taloudellisesta tilanteesta, arvio asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksien sekä lähidemokratian toteutumisesta sekä yksityiskohtainen arvio kuntien yhdistymisen eduista ja haitoista. Kaksikielistä kuntaa ja saamelaisten kotiseutualueen kuntaa koskevassa selvityksessä on arvioitava kielellisten oikeuksien toteutumista.

Selvitys tulee valmistella riittävän laajasti kuntien luottamushenkilöiden ja kunnan asukkaiden myötävaikutuksella sekä yhteistoiminnassa kuntien henkilöstön edustajien kanssa.

Kuntarakennelain mukaan kuntien tulee ilmoittaa ministeriölle 30.11.2013 mennessä, minkä kunnan tai kuntien kanssa se selvittää kuntien yhdistymistä. Selvitysten ja yhdistymisesitysten määräaika päättyy kuusi kuukautta sen jälkeen, kun määräaika säännöstä koskeva voimaantulolaki on tullut voimaan. Eduskuntakäsittelyssä selvitystä koskeva määräaika säännös sidottiin tämän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva lain hyväksymiseen eduskunnassa. Lisäksi valtiovarainministeriö voi kunnan hakemuksesta jatkaa edellä mainittua määräaika yhdistymisselvityksen laajuuden tai muun erityisen vaativuuden perusteella.

Valtiovarainministeriö myöntää hakemuksesta avustusta kuntien yhdistymisselvityksistä aiheutuviin kustannuksiin.

#### *Kuntaliitosten toteuttaminen*

Kuntarakennelain mukaan pääsääntönä on, että päätöksenteko kuntien yhdistymisestä perustuu kuntien yhteiseen esitykseen. Valtioneuvosto voi hylätä kuntien esityksen, jos esitetty yhdistyminen ei ilmeisesti täyttäisi kuntajaon muuttamisen edellytyksiä.

Kuntarakennelain 1 päivänä heinäkuuta 2013 voimaan tulleen muutoksen perusteella valtioneuvosto voi kuitenkin päättää kuntien yhdistymisestä valtuuston vastustuksesta huolimatta kahdessa tilanteessa. Valtioneuvosto voi päättää kuntajakoselvittäjän esityksestä kuntaa koskevasta kuntajaon muuttamisesta ensinnäkin, jos muutos on välttämätön erityisen vaikeassa taloudellisessa asemassa olevan kunnan asukkaiden lakisääteisten palvelujen turvaamiseksi. Lisäksi kuntarakennelain perusteella on mahdollista toteuttaa kuntien yhdistäminen kunnanvaltuuston sitä vastustaessa tilanteessa, jossa kuntajakoselvittäjä ehdottaa liitosta ja liitosta kannattaa yhdistymistä vastustaneessa kunnassa toimitetussa kansanäänestyksessä kuntalaisien enemmistö.

#### *Henkilöstön asema*

Kuntarakennelaissa jatkettiin myös Parasuudistuksessa voimassa ollutta henkilöstön irtisanomissuojaa. Vuosina 2014—2017 voimaan tulevissa kuntajaon muutoksissa henkilöstöllä on viiden vuoden irtisanomissuojasta.

#### *Rakennepoliittinen ohjelma*

Pääministeri Jyrki Kataisen hallitus linjasi 29.8.2013 rakennepoliittisessa ohjelmassa kuntauudistuksen toteuttamisen jatkotoimia kaupunkiseuduilla ja metropolialueella.

Ohjelman mukaan ”aluekehityksen kannalta keskeisten kaupunkiseutujen yhdyskuntarakenteen eheyden, alueen elinvoimaisuuden kehittämisen ja palvelujen tehokkaan järjestämisen turvaamiseksi valmistellaan kuntarakennelain täydennys. Tällä lisätään perustuslain asettamien reunaehtojen mukaisesti kuntien yhdistymistä koskevaa valtioneuvoston toimivaltaa kuntarakennelain 4d §:n 3 momentissa tarkoitettulla yhtenäisellä työssäkäynti- tai yhdyskuntarakennealueella. Valtioneuvoston toimivallan lisääminen rajoitetaan selkeillä reunaehdoilla ja alueen asukkaiden enemmistön tahtotilaan sitomisella. Toimivallan käyttö rajoitettaisiin tilanteisiin,

joissa kuntarakennelain tavoitteet eivät ole toteutettavissa vapaaehtoisesti. Kielellisten oikeuksien toteutuminen varmistetaan.”

## 2.7 Kuntien hallinto ja yhteistoiminta

### Kunnan hallinnon ja talouden järjestäminen

Perustuslain 121 §:n mukaan kunnan hallinnon yleisistä perusteista säädetään lailla. Kuntalaki on kunnan hallinnon ja talouden järjestämistä koskeva yleislaki. Lähtökohtana tulisi olla, että kuntalaissa säädetään kunnan hallinnon ja talouden järjestämistä koskevat perussäännökset ja erityislakeihin sisällytetään erityissäännöksiä vain, jos ne ovat välttämättömiä hallinnon tai talouden järjestämiseksi.

Kuntalaissa säädetään kunnan yleisestä toimialasta, toimielimistä ja niiden kokoonpanosta ja tehtävistä, yhteistoimintamuodoista, muutoksenhausta, talousarvion ja -suunnitelman laatimisesta sekä tilinpäätöksen laatimisesta. Kuntalaki on parhaillaan uudistamassa ja tarkoituksena on, että uusi kuntalaki tulisi voimaan vuoden 2015 alusta lukien.

### Kuntien yhteistoimintamuodot

Kuntien yhteistoimintamuodoista säädetään kuntalain 10 luvussa. Kuntalain lähtökohtana yhteistoiminnan järjestämisessä on ollut, että kunnat voivat päättää yhteistoimintamallista. Lain 76 §:n mukaan kunnat voivat sopia, että

- tehtävä annetaan toisen kunnan hoidettavaksi yhden tai useamman kunnan puolesta,
- tehtävän hoitaa kuntayhtymä, tai
- tehtävä siirretään toisen kunnan viranhaltijan hoidettavaksi.

### *Vastuukunta*

Tehtävän antaminen toisen kunnan hoidettavaksi voi tarkoittaa yhteisen viran perustamista, viranomaistehtävien hoitamista ostopalveluna tai yhteisen toimielimen perustamista. Tällöin ei perusteta omaa oikeushenkilöä, vaan tehtävän hoitaa toinen kunta. Täl-

laisesta kunnasta käytetään nimitystä vastuutai isäntäkunta.

Arkikielessä vastuutai isäntäkuntamallilla tarkoitetaan yleensä kuntien väliseen sopimukseen ja yhteiseen toimielimeen perustuvaa yhteistoimintaa. Yhteisellä toimielimellä tarkoitetaan, että sopimuksen nojalla tehtävää muiden kuntien puolesta hoitavaan kuntaan perustetaan toimielin, johon muut sopimuskunnat valitsevat osan jäsenistä. Välttämättä tehtävän antaminen toisen kunnan vastuulle ei edellytä, että muut kunnat nimeävät jäsenensä toimielimeen.

Kuntalaissa on niukasti sääntelyä vastuukuntamallista ja yhteisestä toimielimestä. Vastuukuntamalli on nykyisessä kuntalaissa tarkoitettu taloudelliselta ja muulta merkitykseltään vähäisten tehtävien hoitamiseen. Yhteisen toimielimen kokoonpanosta ei ole muita säännöksiä kuin säännökset vaalikelpoisuudesta ja muutoksenhausta. Jäseninä yhteisessä toimielimessä voivat olla asianomaisten kuntien vastaavaan toimielimeen vaalikelpoiset henkilöt. (77 §). Lain 99 §:n mukaan oikaisuvaatimuksen ja kunnallisvalituksen kuntien yhteisen toimielimen päätöksestä saa tehdä sopimukseen osallinen kunta ja sen jäsen.

Koska yhteinen toimielin toimii osana kuntaa, vastuukunnan valtuusto päättää kuntalain 13 §:ssä säädetyistä asioista, kuten hallinnon järjestämisen perusteista, talousarvion ja tilinpäätöksen hyväksymisestä ja maksuista. Tämä tarkoittaa, että vastuukunnan valtuustolla on viime kädessä päätösvalta tärkeimmässä palvelujen järjestämisestä koskevissa asioissa. Yhteistoimintasopimuksissa kuitenkin yleensä sovitaan sopimusohjausmenetelmästä, jolla pyritään sitomaan vastuukunnan valtuuston päätösvaltaa muun muassa palveluista, tuotantopaikoista ja muiden kuntien maksuosuuksista. Sosiaali- ja terveydenhuollossa sopimusohjausta toteutetaan erityisesti palvelusopimuksilla, jotka sekä vastuukunta että muut kunnat hyväksyvät.

Isäntäkuntamallina aiemmin tunnettu vastuukuntamalli tuli laajempaan käyttöön Paras-uudistuksen yhteydessä. Paras-laissa edellytettiin, että isäntäkunnan tulee asettaa kuntalaissa säädetty yhteinen toimielin. Malli ei tuossa vaiheessa herättänyt laajempaa kes-

kustelua muiden kuin isäntäkunnan vaikutusmahdollisuuksista, koska kunnat saattoivat valita sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan muodoksi kuntayhtymän tai vastuukunnan, jotta vähintään noin 20 000 asukaan väestöpohja saavutettaisiin. Käytännössä kunnat ovat puitelain mukaisessa yhteistoiminnassa ottaneet mallin käyttöön suhteessa 40/63 (kuntayhtymä/vastuukunta).

### *Kuntayhtymä*

Lakisääteistä yhteistoimintaa koskevassa erityislainsäädännössä on sekä erikoissairaanhoidon, kehitysvammahuollon että maakuntien liittojen hallinto edellytetty järjestettäväksi kuntayhtymämallilla.

Vastuukuntaan ja yhteiseen toimielimeen verrattuna kuntayhtymästä säädetään kunta-laissa huomattavasti enemmän. Laissa on säädetty perussopimuksen vähimmäissisällöstä, toimielimistä, vaalikelpoisuudesta, rahoituksesta, eroamisesta, purkamisesta sekä kuntalain kuntaa koskevien säännöksiä soveltamisesta kuntayhtymään. Lisäksi maakunnan liittojen osalta säädetään toimielinten kokoonpanosta ja valinnasta.

Kuntayhtymä on itsenäinen oikeushenkilö. Kuntayhtymä perustetaan kuntien välisellä valtuustojen hyväksymällä sopimuksella (perussopimus). Kuntalain mukaan perussopimuksessa on sovittava

1. tavasta, jolla kuntayhtymän päätöksenteko järjestetään;
2. kuntayhtymän toimielinten jäsenten tai yhtymäkokousedustajien lukumäärästä ja äänivallan perusteista;
3. mahdollisen yhtymäkokouksen tehtävistä ja toimivallasta;
4. siitä, mikä kuntayhtymän toimielin valvoo kuntayhtymän etua, edustaa kuntayhtymää ja tekee sen puolesta sopimukset sekä millä tavoin oikeudesta kuntayhtymän nimen kirjoittamiseen päätetään;
5. jäsenkuntien osuudesta kuntayhtymän varoihin ja vastuusta sen veloista sekä muista kuntayhtymän taloutta koskevista asioista;
6. kuntayhtymästä eroavan jäsenkunnan ja toimintaa jatkavien jäsenkuntien asemasta;
7. kuntayhtymän hallinnon ja talouden tarkastuksesta; sekä

8. siitä, miten kuntayhtymä puretaan ja loppuselvitys suoritetaan.

Perussopimuksessa voidaan myös sopia, että sopimuksessa määrätyissä asioissa päätöksen tekemiseen vaaditaan määräenemmistö.

Laissa säädetään myös perussopimuksen muuttamisen edellyttämästä kannatuksesta. Perussopimusta voidaan muuttaa, jos vähintään kaksi kolmannelta jäsenkunnista sitä kannattaa ja niiden asukasluvu on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Jos kunnan on lain mukaan oltava kuntayhtymän jäsen jollakin toimialalla ja määrätyllä alueella, jäsenkuntaa ei kuitenkaan voida ilman suostumustaan velvoittaa osallistumaan uusien vapaaehtoisten tehtävien hoitamiseen ja näistä aiheutuviin kustannuksiin.

Kuntayhtymän päätösvaltaa käyttävät jäsenkunnat yhtymäkokouksessa, tai päätösvaltaa käyttää perussopimuksessa määrätty jäsenkuntien valitsema toimielin (yhtymävaltuusto). Kuntayhtymän muista toimielimistä sovitaan perussopimuksessa. Esimerkiksi sairaanhoitopiireissä on myös hallitus. Yhtymäkokous pidetään vähintään kaksi kertaa vuodessa. Yhtymäkokousedustajan valitsee jäsenkunnan kunnanhallitus tai valtuuston päättämä kunnan muu toimielin.

Kuntalain 81 §:n mukaan muiden kuin ylimmän toimielimen eli yhtymäkokouksen tai valtuuston kokoonpano on kuntayhtymässä sovittava sellaiseksi, että se vastaa jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta kuntayhtymän alueella kunnallisvaalilaissa säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti. Maakuntien liittojen osalta kuntalain 86 a §:ssä säädetään suhteellisuusperiaatteen noudattamisesta myös liiton ylimmän toimielimen eli valtuuston kokoonpanossa. Toimielimessä edustettuina olevien ryhmien ääniosuuksien tulee valittaessa vastata jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta maakunnan alueella. Lisäksi jäsenten on oltava jäsenkuntien valtuutettuja ja jokaisella jäsenkunnalla on oltava vähintään yksi edustaja. Maakuntien ylimmän toimielimen kokoonpanoa suhteellisena vaalitulok-

seen nähden pidettiin tarpeellisena aikanaan erityisesti sen maakuntakaavaa koskevan päätösvalan vuoksi.

Vaalikelpoinen kuntayhtymän toimielimiin on henkilö, joka kuntalain mukaan on vaalikelpoinen kuntayhtymän jäsenkunnan luottamustoimeen. Vaalikelpoinen ei kuitenkaan ole valtion virkamies, joka hoitaa välittömästi kunnallishallintoa koskevia valvontatehtäviä eikä samaan kuntayhtymään pysyväisluonteisessa palvelussuhteessa oleva henkilö. Vaalikelpoinen muun kuin 81 §:n 1 momentissa tarkoitettujen toimielimen jäseneksi ei ole myöskään henkilö, joka on hallituksen tai siihen rinnastettavan toimielimen jäsenenä taikka johtavassa ja vastuullisessa tehtävässä tai siihen rinnastettavassa asemassa liiketoimintaa harjoittavassa yhteisössä, jos kysymyksessä on sellainen yhteisö, jolle toimielimessä tavanomaisesti käsiteltävien asioiden ratkaisu on omiaan tuottamaan olennaista hyötyä tai vahinkoa. Johtokuntaan ja toimikuntaan voidaan kuitenkin valita sellainenkin henkilö, joka ei ole vaalikelpoinen kuntayhtymän muihin toimielimiin tai jonka kotikunta ei ole kuntayhtymän jäsenkunta. Perussopimuksessa voidaan sopia, että kuntayhtymän muun toimielimen kuin yhtymäkokouksen jäsenten ja varajäsenten tulee olla jäsenkuntien valtuutettuja.

Kuntayhtymä on kirjanpitovelvollinen ja sen tulee laatia toiminnastaan tilinpäätös ja toimintakertomus. Kuntayhtymän rahoituksesta ovat vastuussa viime kädessä jäsenkunnat. Kuntayhtymän sellaisten menojen rahoituksesta, joita ei muuten saada katetuiksi, vastaavat jäsenkunnat perussopimuksessa sovitulla jako-osuuksilla.

Kuntayhtymään sovelletaan kuntalain 8 luvun taloussäännöksiä muutoin paitsi 65 §:ssä säädettyä alijäämän kattamisvelvoitetta. Kuntalain kokonaisuudistusta valmisteleva talousjaosto on esittämässä kuitenkin alijäämän kattamisvelvoitetta myös kuntayhtymille. Koska kuntayhtymä on oma oikeushenkilönsä, kuntayhtymä hyväksyy oman talousarvionsa sekä tilinpäätöksensä. Kuntalain 83 §:n mukaan kuntayhtymän sellaisista menoista, joita ei saada katetuksi kuntayhtymän varoista, vastaavat lain perusteella jäsenkunnat perussopimuksessa sovitulla tavalla.

### *Vastuukunta- ja kuntayhtymämalli muussa lainsäädännössä*

Sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi vastuukuntamalli on laajasti käytössä palo- ja pelastustoimen sekä ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminnan järjestämisessä.

Pelastuslaissa (379/2011) valtioneuvostolla on toimivalta päättää alueesta sekä viime kädessä myös pelastustoimen yhteistoimintasopimuksesta. Yhteistoimintasopimuksessa kunnat sopivat muun muassa hallintomallista ja kustannusten jaosta. Pelastuslain 24 §:n mukaan sopimuksen hyväksyminen tai muuttaminen ei edellytä kuntien yksimielisyyttä, vaan hyväksymiseen ja muuttamiseen sovelletaan kuntalain 79 §:n määränemmistö-säännöstä. Säännöksen mukaan perussopimusta voidaan muuttaa, jos kaksi kolmannelta jäsenkunnista sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Pelastustoimessa säännös on ulotettu koskemaan myös sopimuksen hyväksymistä sekä muitakin yhteistoimintasopimuksia eikä ainoastaan kuntayhtymän perussopimusta. Pelastusalueita on 22 ja vain kahden pelastusalueen toiminnasta vastaa kuntayhtymä (Lappi ja Päijät-Häme, joissa tehtävän hoitaa maakunnan liitto). Muilla pelastusalueilla tehtävästä vastaa vastuukunta.

Ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annetun laissa (410/2009) säädetään palvelujen järjestämisen edellyttämästä henkilöstömäärästä, yhteistoimintavelvoitteesta henkilöstömäärän täyttämässä sekä valtioneuvoston toimivallasta velvoittaa kunnat yhteistoimintaan. Laissa säädetään, että yhteistoimintamallina on oltava joko vastuukuntamalli tai kuntayhtymä. Valtioneuvosto päättää viime kädessä myös hallintomallista ja kustannusten jaosta. Lähes kaikki 70 ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta on perustettu vastuukuntamallilla.

Käytännössä pääsäännöksi on muodostunut, että mitä vähemmän yhteistoimintakuntia, tai mitä pienempi tehtävä, sitä todennäköisemmin yhteistoimintamallina on ollut yhteinen toimielin. Lisäksi yhteistoiminta-

malliin valintaan on vaikuttanut vastuukunnan koko.

Kuntien yhteistoiminnan erilaisia toteutuksia

#### *Kainuun hallintokokeilu*

Kainuussa toteutettiin vuosina 2005–2012 hallintokokeilu, jossa Kainuun maakunta huolehti alueen sosiaali- ja terveystalv palveluista päivähoito pois lukien sekä toisen asteen koulutuspalveluista. Vaalan kunta ei kuulu- nut hallintokokeiluun. Asukkaita järjestämis- vastuualueella oli noin 83 000. Hallintoko- keilun keskeisenä syynä oli alueen epäsuo- tuisa väestö- ja työllisyyskehitys. Sosiaali- ja terveystalv palvelut integroitiin lähes täysin ja organisoitiin uudelleen elämänkaariajattelun mukaisesti. Palvelut ryhmiteltiin lähipalve- luihin ja seudullisiin sekä keskitettyihin pal- veluihin siten, että päivittäispalvelut järjesteti- in lähipalveluina ja kalliit sekä erikois- osaamista vaativat palvelut keskitettyinä ja seudullisina. Päätäväältä kuului suorilla vaaleilla valitulle maakuntavaltuustolle. Laki Kainuun hallintokokeilusta (343/2003) edel- lytti kaikkien alueen kuntien yksimielistä päätöstä kokeilun jatkamiseksi, mutta yksi kunta vastusti sen jatkamista. Tärkeimpinä kokeilun lopettamisen syinä pidettiin kuntien yhteistyöhön ja maakuntahallintoon liittyviä tekijöitä erityisesti rahoituskysymysten suhte- en. Tämän perusteella voidaan arvioida, että näistä asioista säättäminen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen yhteydessä on perusteltua.

Laaja järjestämistaso helpotti palvelujen integroimista ja toimintakäytäntöjen yhden- mukaistamista. Muun muassa potilas- ja asiakastietojärjestelmät sekä arviointi- ja hoitopääsykriteerit yhdenmukaistettiin. Alueellisesti jaetut kehittämisrahat yhdisteti- in ja tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhti- estyötä vahvistettiin. Sosiaali- ja terveyden- huollon integraatio on koettu erittäin hyväksi käytännöksi, eikä sitä ole ollut tarkoituksena purkaa kokeilun päättymisen jälkeen. Sosiaa- li- ja terveydenhuollon järjestämislain yhtenä tarkoituksena on luoda koko maahan saman- kaltainen palvelujärjestelmien integraatio kuin Kainuussa.

Uudistuksen alussa kustannuskehitys oli myönteinen, mutta kokeilun loppua kohden kustannukset nousivat voimakkaasti. Palvelu- järjestelmien integrointi on koonnut voima- varoja, mikä on ollut keskeinen kustannusten hallintaa tuottanut tekijä. Hallintokokeilu rahoitettiin prosentuaalisella maksusuudella kuntien budjetista. Kun maakunta ei pystynyt laskuttamaan kuntia todellisen käytön perus- teella, maksutapa kannusti maakuntaa tehok- kuuteen. Järjestelmä myös paransi kuntien menojen ennakoitavuutta ja hillitsi menojen kasvua. Taloudellisesti heikoimmassa ase- massa olleet kunnat hyötyivät kokeilusta eniten. Erityisesti tukipalveluissa saatiin in- tegrointia parantamalla ja päällekkäisyyksiä poistamalla merkittävät säästöt. Säästön suu- ruus oli 20 prosenttia tuotantokustannuksista eli noin miljoona euroa vuodessa.

Hallintokokeilu paransi sairaanhoidon saa- tavuutta ja vähensi pitkään jonottaneiden potilaiden määrää merkittävästi huolimatta siitä, että Kainuu kärsi lääkäripulasta ja ajoit- taisesta hoitajapulasta koko kokeilun ajan. Hallintokokeilun aikana kuntalaisten oli mahdollista valita palvelupaikka itse, mikä helpotti palvelun saantia. Muiden kuin lääkä- ripalvelujen käyttö lisääntyi kokeilun aikana. Hoidon tarpeen arvioinnissa ja yhteyden saannissa terveydenhuoltoon päästiin sään- nösten mukaiseen tulokseen hallintokokeilun aikana.

Perhe- ja vanhuspalvelut koostuivat sekä sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon että erikoissairanhoidon palveluista. Perhepalve- luissa panostettiin ennaltaehkäiseviin palve- luihin, mikä lisäsi asiakasmääriä. Monien palvelujen alueellisia toimintakäytäntöjä yhtenäistettiin. Vanhuspalveluissa saavuteti- in valtakunnalliset tavoitteet hallintokokei- lun aikana. Asiakasmaksut sekä palvelujen myöntämiskriteerit yhdenmukaistettiin. Van- huspalvelut tuotettiin pääasiassa lähipalve- luina. Palvelurakenteessa panostettiin avo- palveluihin ja erityisesti kotona selviytymi- sen tukemiseen. Muistisairaiden palveluja tehostettiin ja palvelusetelit otettiin käyttöön erityisesti kotihoidossa ja omaishoidon va- paapäiväjärjestelyissä. Palvelusetelimalli havaittiin toimivimmaksi maakunnan kes- kускаupungissa Kajaanissa, jossa on sekä

eniten palveluntuottajia että suuret asiakasmäärät. Ympäri vuorokautisen hoivan suhteellista osuutta saatiin pienennettyä.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus (Paras-uudistus)

*Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi (Mikkelin seutusote)*

Mikkelin seutusote muodostettiin isäntäkuntamallilla toimivaksi yhteistoiminta-alueeksi 1.1.2012, ja siihen kuuluvat isäntäkunta Mikkelin lisäksi Kangasniemi, Pertunmaa, Hirvensalmi, Mäntyharju, Ristiina ja Suomenniemi. Osa näistä kunnista teki kuntaliitoksen 1.1.2013 (Mikkeli, Suomenniemi ja Ristiina). Vuoden 2012 lopussa alueella oli noin 73 000 asukasta. Luku sisältää Puumalan (2 400 as), joka ei ole mukana yhteistoimintasopimuksessa vaan ostaa terveystoimintapalvelut Mikkeliltä.

Mikkelin seutusoten muodostamista edelsi useita selvitys- ja suunnitteluvaiheita aina Paras -uudistuksen alusta lähtien. Mikkeli on mukana myös aluemallikokeilussa. Vuoden 2012 alusta voimassa olleen yhteistoimintasopimuksen mukaan palvelujen järjestämisestä vastaa Mikkelin kaupunki, jonka hallintoon perustettiin sopijapuolten yhteisenä toimielimenä toimiva seudullinen sosiaali- ja terveystoimintakunta. Palvelun tuottamisesta vastaa Mikkelin kaupunki, Kangasniemen kunta, Mäntyharjun kunta ja Pertunmaan kunta yhteistyössä yksityisten palveluntuottajien sekä kolmannen sektorin kanssa. Palvelutuotanto on jaettu kolmen palvelutuotantoyksikön alaisuuteen: Kangasniemen, Mäntyharjun ja Pertunmaan palvelutuotantoyksikköön, joilla on kullakin oma perusturvalautakuntansa.

Mikkelin seutusoten hallinnollinen rakenne ei siis ole yhteistoiminta-alueille tavanomaisesti yhden järjestäjätahon ja yhden tuottajaorganin rakenne, vaan palvelutuotanto on edelleen jaettu alueittain ja henkilöstö on kuntien palveluksessa. Seutusote on kuitenkin yhtenäistännyt alueellaan palveluiden saannin kriteerit, palvelutasot, palveluiden saatavuuden ja palveluiden kustannukset.

Palveluissa on muodostettu koko yhteistoiminta-alueen kattavia palvelukuvauksia ja käsikirjoja, mikä on tuottanut henkilöstölle verkostoitumisen ja yhteistyön mahdollisuuden. Kokemukset yhteistyöstä ovat olleet myönteisiä ja innostavia. Palvelujen laadun koetaan kehittyneen, kun yhteistyöllä on voitu koota asiantuntemusta.

Yksi merkittävimpiä uudistuksia alueella on ollut terveystoimintapalvelujen ohjauksen kehittäminen niin sanotun Ensineuvon avulla. Ensineuvo on Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueen asukkaalle tarkoitettu neuvonta- ja ohjauspalvelu, johon siirtyi 1.3.2012 myös Mikkelin seutusoten alueen terveyskeskusten ja -asemien ajanvaraus sekä terveysneuvonta.

*Porin perusturva*

Pori vastuukuntana järjestää sosiaali- ja terveystoimintapalvelut Porin, Merikarvian ja Ulvilan noin 100 000 asukkaalle vuoden 2013 alusta lähtien. Vuosina 2010 - 2012 yhteistoimintaan kuuluivat myös Luvia ja Pomarkku. Yhteistoiminnan käynnistyessä Pori ja Noormarkku tekivät kuntaliitoksen 1.1.2010. Luvia toimii itsenäisenä palvelujen järjestäjänä, mutta ostaa sosiaali- ja terveystoimintapalvelut Porin perusturvalta ilman yhteistoimintasopimusta. Vuoden 2013 alusta Pomarkku siirtyi Pohjois-Satakunnan perusturvaliikelaitostuntayhtymä POSA:aan ja Luvia Keski-Satakunnan perusturveysdenhuollon kuntayhtymän palvelujen piiriin.

Porin perusturvan hallinnossa ja toiminnassa on siis ollut lukuisia muutoksia. Alueella on keskusteltu yhteistyöstä ja yhteisistä tavoitteista. Keskustelujen taustalla on ilmeisesti alueen kuntien suuri epäsuhta: Pori on yli 80 000 asukkaan kaupunki, kun taas kumppanikunnat ovat huomattavasti pienempiä Lavian alle 2000 asukkaasta Ulvilan 13 000 asukkaaseen. Muut eri vaiheissa mukana olleet kunnat ovat alle 5000 asukkaan kuntia. Kokoluokan ero sekä vastuukunta- kumppanikunta-asetelmat ovat olleet omiaan luomaan tyytymättömyyttä ja epäluottamusta järjestäjän kykyyn ja tahtoon vastata kumppanikuntien palvelutarpeisiin.

Kuntien koon lisäksi taustalla on erilaisten toimintatapojen ja -kulttuurien yhteensovitus.

tamisen haaste. Hyvin pienten kuntien tapa toimia on ollut hyvin erilainen kuin ison kaupungin. Siirtyminen henkilötasoisesta, kuntalaisten tuntemukseen perustuvasta asioiden hoidosta laajemman kokonaisuuden johdossa toteutettuihin prosesseihin ei ole ollut helppo. Porin perusturvan johtavien virkamiesten näkemyksen mukaan palvelujen laatu, ammatillisuus sekä osaaminen ovat merkittävästi parantuneet, ja pieniin kuntiin viedään nyt sellaisia erityisen osaamisen muotoja joita niiden asukkaiden ulottuvilla ei ole aiemmin ollut.

Yhdistäessään alueellisia näkökohtia asiakkaiden palvelujen tarpeeseen Porin perusturva on muodostanut syksystä 2012 alkaen niin sanottuja lähipalvelukeskuksia eri alueille. Näissä lähipalvelukeskuksissa yhdistetään eri palveluja ja tuodaan palvelutarjonta lähemmäs alueen asukkaita. Lähipalvelukeskustoimintaan liittyy palvelurakenteen ja palvelupisteiden muutoksia sekä uudenlaista osaamisen käyttöä, esimerkiksi lääkärin tuki kotihoidon yksiköille ja aiempaa kattavammat kotiin viedyt palvelut.

#### *Peruspalvelukeskus Aava*

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä aloitti toimintansa 1.1.2007. Yhtymän toimialat ovat erikoissairaanhoito, sosiaali- ja perusterveydenhuolto sekä ympäristöterveydenhuolto. Yhtymä antaa erikoissairaanhoitoon palveluja 14 jäsenkunnalle. Yhtymän Peruspalvelukeskus Aava puolestaan tuottaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon lähi- sekä keskitetyt palvelut seitsemän kunnan alueella: Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Pukkila ja Sysmä. Aavan väestöpohja on yhteensä noin 50 000 asukasta.

Osa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kunnista kuuluu Hollolan kunnan organisaatioon kuuluvaan Peruspalvelukeskus Oiva -liikelaitokseen. Peruspalvelukeskus Aava on kuntayhtymä, jonka kotipaikka on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän mukaisesti Lahti. Näin Aava on peruspalvelujen jär-

jestämistä vastaava toimija, joka ei sijaitse missään siihen kuuluvassa kunnassa.

Aavan kunnat ovat pieniä; Orimattila ja Nastola ovat 15 000-16 000 asukkaan ja muut kunnat 2000 - 6000 asukkaan kuntia. Maantieteellisesti alue on hajanainen, eikä Aavassa ole palvelujen tuottamisen suhteen tehty rakenteellisia uudistuksia kovin paljon. Uudistaminen on kohdistunut enemmänkin palvelujen toteuttamiseen: palvelu- ja hoitotakuiden täyttämiseen, toiminnan kehittämiseen sekä uusien työmuotojen ja -tapojen käyttöönottoon. Aavassa on myös tehty paljon muutoksia aiempaa erikoistuneemman osaamisen käytössä niin yksiköiden välillä, yksiköiden sisällä kuin henkilöstön tehtävänkuvauksissa.

Jäsenkuntien taloushaasteita helpottamaan laadittiin vuonna 2012 tuottavuusohjelma. Syyskuussa se muutettiin vaikuttavuus- ja tuloksellisuusohjelmaksi, jolloin tavoitteeksi otettiin talouden tasapainottaminen vuoden loppuun mennessä, ja ohjelmassa asetetuissa säästötoimissa onnistuttiin.

#### *Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus (Eksote)*

Vuodesta 2009 toiminut Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus on kaikkien yhdeksän Etelä-Karjalan kunnan (Imatra, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Savitaipale ja Taipalsaari) muodostama kuntayhtymä. Imatran osalta kuntayhtymä tuottaa vain erikoissairaanhoitoon ja kehitysvammaisten erityis- ja terveydenhuollon palvelut. Asukkaita Eksoten toimialueella on 133 000. Muut kunnat kuin Imatra eivät järjestä mitään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja itse. Eksote voidaan rinnastaa sosiaali- ja terveysalueeseen, johon kuuluu yksi perustason alue (Imatran kaupunki). Imatran väkiluku on 28 000 asukasta. Imatran työssäkäyntialueeseen kuuluvat muut kunnat saavat kaikki palvelunsa Eksotelta.

Eksotessa on saatu vuosien 2010–2013 aikana joitain suuruuden ekonomiaan liittyviä hyötyjä. Alueen kuntien tietojärjestelmät on integroitu yhteen. Vuoden 2014 alusta alueen

esimiestason määrä on 74 henkilötyövuotta pienempi kuin vuoden 2013 alusta. Pitkäaikaisten vuodeosastopaikkojen määrää on vähennetty vuodesta 2010 alkaen merkittävästi ja samalla kotiin annettavia palveluja on vahvistettu. Kotipalvelun toimintakäytäntöjä on optimoitu ja automatisoitu. Päällekkäiset investoinnit on karsittu. Kaikkien näiden toimintojen arvioidaan tuottaneen noin miljoonan euron säästöt laitoshoidossa.

Eksotessa kehitettiin mielenterveyspalvelujen osalta välittömän palvelujen piiriin pääsyn järjestelmä, jossa asiakkaiden avun tarve pyritään tunnistamaan varhaisemmassa vaiheessa ja jossa palveluvalikkoa on muotoiltu asiakkaiden tarpeen mukaan. Psykiatrisen hoidon hoitopäivien määrää on saatu vuosien 2010–2013 välisenä aikana vähennettyä lähes puolella ja mielenterveyshoidon saataavuutta on parannettu. Toimintakäytäntöjä uudistamalla mielenterveyspalveluissa on vuonna 2012 saavutettu 10 prosentin eli 2,5 miljoonan euron säästöt ja jonojen purkaminen. Aloittamisvuonna Eksoten järjestämien palvelujen kustannukset kasvoivat hieman muihin maakuntiin nähden, mutta jokaisena seuraavana vuonna Eksoten palvelujen kustannukset ovat halventuneet suhteessa muiden maakuntien palveluihin.

Positiivisesta kehityksestä huolimatta Eksoten talous on ollut alijäämäinen. Eksotesta tehdyn ulkoisen arviointiraportin (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, Talouden ja hallinnon rakenteiden arviointi, Loppuraportti 30.4.2013, Nordic Healthcare Group:) mukaan Eksoten alijäämäisyys johtui alibudjetoinnista, kysynnän kasvusta ja käyttämättä jääneestä tuottavuudenkasvupotentiaalista. Raportin mukaan sopiminen kuntayhtymässä on osoittautunut haastavaksi. Hallintomalliksi ehdotetaan vastuukuntamallia, jossa vastuukunnan ja muiden kuntien taloudelliset intressit eivät ole ristiriidassa.

Imatran kaupunkia voidaan verrata Eksoten ”sosiaali- ja terveysalueella” olevaan perustason alueeseen, joka järjestää muut kuin erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon palvelut itse. Arviointiraportin mukaan Imatran perussopimuksen mukainen erityisasema Eksotessa kannustaa osamointiin sekä investointien että budjettisuun-

nittelun osalta, mikä heikentää maakunnan erikoissairaanhoidon kehittämistä. Lisäksi Imatra hankkii Eksotelta vain haastavimman erikoissairaanhoidon palvelut, minkä vuoksi imatralaisten hoitajaksot Eksoten keskussairaalassa ovat keskimäärin hieman pidempiä kuin muiden kuntien asukkaiden hoitajaksot. Imatran sosiaali- ja terveyspalvelukustannukset ovat kasvaneet nopeimmin muihin alueen kuntiin verrattuna. Raportissa suositellaan maakuntaan yhtenäistä ja kaikkien kuntien kanssa yhdenmukaisesti sovittua sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen piiriä. Imatran kaupunki on kuitenkin tuonut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän väliraporttia koskevassa lausunnossa esiin haluavansa jatkaa perustason alueena.

Eksoten sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kustannustaso vastaa maan keskiarvoa, ja niiden kustannuskehitys on laskennallisesti ollut noin 2,9 prosenttiyksikköä pienempi kuin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kehitys ennen Eksoten perustamista. Kun verrataan nettokustannusten nousua aikaan ennen Eksoten perustamista sekä sen jälkeen, on kokonaiskustannuksissa pystytty säästämään 9,5 miljoonaa euroa vuosina 2010–2012. Nämä säästöt on saavutettu pelkällä toiminnan yhteen kokoamiseen liittyvällä suuruuden ekonomialla (logistiikka, hankinnat, hallinto) ilman, että toimintoja on laajemmassa mitassa organisoitu uudelleen. Integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon varsinaiset hyödyt voidaan arvioida saavutettavan toiminnan uudelleenorganisoinnilla, jonka laaja alueellinen järjestymisvastuu mahdollistaa (esimerkiksi laitoshoidon vähentäminen, sähköiset ja logistiset ratkaisut, päivystyksen ja kuntoutuksen keskittäminen, henkilöstörakenteen muutos). Jos edellä mainitut Eksotessa jo toteutuneet sekä arvioidut kustannushyödyt suhteutetaan kaavamaisesti koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin, puhutaan koko maan tasolla vuositasolla miljardiluokan kustannushyödyistä (vuonna 2012 koko maan sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat 19,8 miljardia). Edellä esitetyissä kustannushyödyissä ei ole vielä mukana sitä säästöpotentiaalia, joka on mahdollista saada aikaan monikanavaisen rahoituksen purkamisella.



## 2.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja kuntien välinen kustannusten-jako

### Rahoitus

#### *Käyttökustannukset*

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen lähtökohtana Suomessa on, että palvelut kuuluvat julkisen vallan järjestämisvastuulle, palvelujen tulee olla kaikkien saatavilla ja ne kustannetaan pääosin verovaroin. Verorahoituksen mallin on katsottu parhaiten varmistavan palvelujen mahdollisimman tasarvoisen toteutumisen sekä mahdollisuuden hallita sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kehitystä.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen edellyttää riittäviä voimavaroja. Sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus kuntien menoista on hyvin suuri. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän rahoitus on muun muassa valtionosuusjärjestelmän kautta myös erittäin merkittävä osa valtiontaloutta.

Kuntasektorin käyttökustannukset olivat noin 42,1 miljardia euroa vuonna 2011. Sosiaali- ja terveystoimen osuus oli tästä 21,6 miljardia euroa eli 51,3 prosenttia, kun mukana on myös lasten päivähoiton käyttökustannukset. Sosiaali- ja terveystoimen osuus kuntien käyttökustannuksista ilman lasten päivähoitoa oli 18,8 miljardia euroa eli noin 45 prosenttia. Lasten päivähoito ei enää ole osa sosiaalipalvelua ja se on kaikissa kuntien yhteistyömuodoissa peruskuntien tehtävä osana sivistystoimintaa. Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista erikoissairaanhoidon kattoi vuonna 2011 kolmanneksen ja perusterveydenhuolto viidenneksen. Muille tehtävälukille jäi siten alle puolet. Kuntien väliset erot sosiaali- ja terveystoimen meno-osuuksissa samoin kuin asukaskohtaisissa menoissa vaihtelevat suuresti.

Kunnille maksetaan valtionosuutta sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain (1704/2009) mukaisesti. Koko maan tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus osana peruspalvelujen valtion-

osuutta on noin 31 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveystoimen menoista. Valtionosuusjärjestelmä tasaa kuntien palveluiden järjestämisessä olevia kustannuseroja, ja valtionosuusjärjestelmään liittyvällä verotuloihin perustuvalla valtionosuuden tasausjärjestelmällä tasataan kuntien tulopohjissa olevia eroja, jotta kunnat pystyvät rahoittamaan peruspalvelunsa.

Yleiskatteellisen peruspalvelujen valtionosuuden määrä oli 8,5 miljardia euroa vuonna 2012. Siitä sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus oli 71 prosenttia (6 miljardia euroa). Valtio kohdentaa peruspalvelujen valtionosuuden lisäksi rahoitusta kuntasektorin sosiaali- ja terveystoimeen ja siihen kytkeytyviin toimintoihin myös useiden muiden valtion talousarvionmomenttien kautta. Tällaisia eräitä ovat muun muassa valtionosuus perustoi-  
meentulotuen kustannuksiin, valtion korvaus kuntien terveydenhuollon yksiköille lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin, valtion rahoitus yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen, sekä valtion korvaus kunnille kuntouttavan työtoiminnan järjestämisestä.

Kuntien omat verotulot muodostavat kuntasektorin menojen rahoituksesta noin 46 prosenttia. Yhdessä käyttötalouden valtionosuuksien kanssa ne muodostavat lähes kaksi kolmasosaa kuntasektorin tuloista. Siten verorahoitus dominoi kuntien järjestämisvastuulla olevien palvelujen rahoittamista.

### Erytisyvaltionosuudet ja -avustukset

#### *Opetustoiminta*

Terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämisestä säädetään terveydenhuoltolain 7 luvussa. Sen mukaan sairaanhoidopiiriin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, korvataan valtion varoista kustannuksia, jotka aiheutuvat lääkärin ja hammaslääkärien perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Peruskoulutuksen korvaus laskeaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Erikoistumiskoulutuksen

korvaus perustuu tutkintojen lukumäärään ja tutkinnosta määrättyyn korvaukseen.

Tutkintojen lukumäärään perustuvaa koulutuskorvausta ei kuitenkaan suoriteta terveydenhuollon erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnosta eikä liikuntalääketieteen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnosta. Jos tällaista koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sitä ylläpitävälle kuntayhtymälle suoritetaan valtion varoista korvausta koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin toteutuneiden koulutuskautien määrän perusteella.

Terveydenhuoltolaki sisältää myös säännökset siitä, miten koulutuksesta aiheutuneet kustannukset korvataan sekä perustetaan erikoistumiskoulutuksen osalta muulle terveydenhuollon toimintayksikölle kuin yliopistolliselle sairaalalle.

#### *Terveyden tutkimus*

Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen osalta terveydenhuoltolaissa säädetään, että sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhteistyössä erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain. Yliopistotasaisen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille, jotka päättävät tutkimusrahoituksen osoittamisesta tutkimushankkeille. Rahoitusta maksetaan erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille sosiaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Ministeriön päätös perustuu tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella.

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on perustettava alueelleen yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen tutkimustoimikunta, jossa on monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä. Tutkimustoimikunta päättää tutkimusrahoituksen myöntämisestä alueellaan hakemusten perusteella. Terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävä kunta, kuntayhtymä, valtion mielisairaala tai

sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetty palvelujen tuottaja voivat hakea terveyden tutkimuksen rahoitusta.

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa valtakunnallisen asiantuntijoista koostuvan terveyden tutkimuksen arviointiryhmän. Arviointiryhmän tehtävänä on arvioida terveyden tutkimuksen laatua, määrää ja tuloksellisuutta sekä painoalueiden ja tavoitteiden saavuttamista kuluneella nelivuotiskaudella ja tehdä sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotus yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen jakamisesta erityisvastuualueille seuraavana nelivuotiskautena.

#### *Kuntien kehittämishankkeille myönnettävä valtionavustus*

Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää kunnalle tai kuntayhtymälle hankeavustusta jäljempänä kohdassa 2.9.2 tarkemmin käsiteltävän Kaste-ohjelman toteuttamiseksi valtion talousarvioon otetun määrärahan rajoissa. Valtionavustusta myönnetään enintään 75 prosenttia valtionavustukseen oikeutavista kustannuksista. Hankerahoitukseen on käytettävissä yhteensä noin 70 miljoonaa euroa vuosina 2012 - 2015. Tarkempia säännöksiä valtionavustuksen jakamisen perusteista, valtionavustuksen hakemisesta, myöntämisestä ja maksamisesta, sekä valtionavustuksen käytön seurannasta, arvioinnista ja valvonnasta on annettu sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustuksista annetulla valtioneuvoston asetuksella (183/2012).

Valtionavustuksen myöntämisen edellytyksenä on, että hanke toteuttaa Kaste-ohjelmassa asetettuja sosiaali- ja terveyspoliittisia tavoitteita. Hankkeella tulee olla kiinteä yhteys kunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja siinä tulee ottaa huomioon tarvittava poikkihallinnollinen yhteistyö. Hankkeen on oltava sellainen, että sen voidaan arvioida olevan tuloksellinen ja laajalaisesti hyödynnettävä.

Hankkeiden arvioinnissa otetaan huomioon myös alueelliset kehittämistarpeet. Aluejohdoryhmät arvioivat valtionavustushakemukset ja antavat niistä lausunnon sosiaali- ja terveysministeriölle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon hankerahoituksen linjaamiseksi sekä päällekkäisen rahoituksen välttämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi yhteistyössä eri rahoittajatahojen kanssa kunnille, kuntayhtymille, järjestöille ja yrityksille tarkoitettua sosiaali- ja terveydenhuollon hankerahoitusta. Koordinaatiota varten on perustettu erityinen työryhmä keväällä 2013.

## 2.9 Kehittämistoiminta ja -rakenteet

### Kehittämistoiminta ja -rakenteet

#### *Kunnan järjestämistä vastuu*

Sosiaalihuoltolain 13 §:n mukaan kunnan on sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä huolehdittava sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Lain 52 §:n mukaan kunta ja sosiaalihuollon henkilökunnan koulutuksesta huolehtiva oppilaitos tai korkeakoulu voivat sopia sosiaalihuollon toimintayksiköiden käyttämisestä sosiaalihuollon koulutustoiminnan järjestämiseen. Kunta on oikeutettu saamaan edellä tarkoitettua koulutustoiminnan järjestämisestä aiheutuvista välittömistä kustannuksista täyden korvauksen korkeakoululta taikka koulutuksesta huolehtivalta muulta viranomaiselta tai yhteisöltä. Korvausta määriteltäessä otetaan huomioon myös se välitön hyöty, jonka kunta saa koulutustoiminnan ohessa.

Terveydenhuoltolain 37 §:n mukaan terveyskeskuksen on huolehdittava asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Kunnan on osoitettava tähän riittävät voimavarat. Terveyskeskuksen on toimittava yhteistyössä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön sekä muiden terveyskeskusten kanssa. Terveyskeskuksen on osallistuttava yhdessä perusterveydenhuollon yksikön kanssa kansalliseen perusterveydenhuollon kehittämiseen.

#### *Sosiaalialan osaamiskeskukset*

Sosiaalialan osaamiskeskukset tukevat alueellista sosiaalihuollon koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoimintaa. Sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta säädetään siitä annetussa laissa (1230/2001) ja asetuksessa (1411/2001). Toiminnan tarkoituksena on luoda ja ylläpitää koko maan kattava alueellinen yhteistyörakenne sosiaalialan perus- ja erityisosaamisen edistämiseksi, sekä sosiaalialan alueellista yhteistyötä edellyttävien erityisosaamista vaativien erityispalvelujen ja asiantuntijapalvelujen turvaamiseksi. Toiminnasta vastaavat alueelliset sosiaalialan osaamiskeskukset, joiden toimialueet kattavat kaikki kunnat. Ruotsinkielisen väestön tarpeita varten on lisäksi ruotsinkielinen osaamiskeskus.

Osaamiskeskuksen voivat muodostaa kunkin toimialueen kunnat ja kuntayhtymät yhdessä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja muiden sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten, maakunnan liittojen, aluehallintovirastojen, järjestöjen ja yritysten sekä muiden sosiaali- ja terveysalalla toimivien eri tahojen kanssa. Osaamiskeskustoiminta ja osaamiskeskuksen hallinto järjestetään osaamiskeskuksen muodostavien edellä mainittujen tahojen keskinäisen sopimuksen mukaisesti.

Osaamiskeskustoiminnan tukemiseksi suoritetaan valtionavustusta. Valtionavustuksen yleisiä määräytymisperusteita ovat kunkin osaamiskeskuksen toimialueen asukasluku ja pinta-ala. Osaamiskeskukset rahoittavat toimintaansa lisäksi niillä maksuilla, joita ne saavat myymistään asiantuntijapalveluista.

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii valtioneuvoston neljäksi vuodeksi kerrallaan asettama sosiaalialan osaamiskeskustoiminnan neuvottelukunta. Neuvottelukunnan tehtävänä on muodostaa osaamiskeskustoiminnan valtakunnalliset linjaukset, huolehtia kunkin osaamiskeskuksen toiminnan erityisistä painoalueista sopimisesta sekä muutoinkin yhteen sovittaa ja tukea osaamiskeskusten toimintaa. Neuvottelukunnan tulee myös lausuntoja antamalla tai muutoin ottaa kantaa periaatteellisesti tärkeisiin osaamiskeskustoimintaa tai osaamiskeskusten hallintoa koskeviin kysymyksiin sekä tehdä tarvittaessa ehdotuksia lainsäädännön kehittämiseksi.

### *Perusterveydenhuollon kehittämissyksiköt*

Terveydenhuoltolain 35 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jossa on moniammatillinen terveystalon asiantuntemus ja joka tukee alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Yksikön keskeisenä tehtävänä on perusterveydenhuollossa tehtävän tieteellisen tutkimuksen sekä hoito- ja kuntoutusketjujen laatimisen ja alueellisen täydennyskoulutuksen koordinointi yhteistyössä eri tahojen kanssa. Perusterveydenhuollon yksikkö antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta, ja huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvien osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta. Tarkoituksena on myös, että yksikkö tekisi yhteistyötä sekä loisi pysyviä yhteistyökäytäntöjä oman alueensa sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on terveydenhuoltolain 36 §:n mukaan tarjottava asiantuntemusta ja tukea kunnille järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja sekä levittämällä kuntien käyttöön sairauksien ja ongelmien ehkäisyyn näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä.

### *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste)*

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 5 §:n mukaan valtioneuvosto vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste) joka neljäs vuosi. Uusi suunnitelma vuosille 2012 - 2015 vahvistettiin 2.2.2012. Kaste-suunnitelma on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen strateginen ohjausväline sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamisessa. Suunnitelmaa laadittaessa selvitetään uudistustarpeet ja asetetaan tavoitteet. Sen jälkeen halutut muutokset viedään läpi

yhteistyössä sidosryhmien ja kentän toimijoiden, erityisesti kuntien kanssa.

Kaste-suunnitelmaa voidaan tarkistaa vuosittain suunnitelman tavoitteiden toteuttamista tukevien toimenpiteiden osalta, muutoin sitä voidaan muuttaa erityisestä syystä. Kaste-suunnitelmassa voidaan asettaa myös sellaisia valtion sosiaali- ja terveydenhuollon keskus- ja aluehallintoon kohdistuvia suunnitelman toteuttamista koskevia keskeisimpiä tavoitteita ja toimenpidesuosituksia, jotka ovat perusteltuja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaisen toteuttamisen kannalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman organisaatioon kuuluvat neljäksi vuodeksi kerrallaan valittavat valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta, sen yhteydessä toimiva Kaste-suunnitelman johtoryhmä, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliset johtoryhmät. Niistä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 5 a §:ssä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta ja alueellisista johtoryhmistä annetussa asetuksessa (913/2011).

Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan tehtävänä on koota sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset tavoitteet, huolehtia niiden toimeenpanosta, sekä toteuttaa valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden yhteistoimintaa. Kaste-suunnitelman valtakunnallisen johtoryhmän tehtävänä on johtaa Kaste-suunnitelman valmistelua sekä sen valtakunnallista ja alueellista toimeenpanoa. Johtoryhmän tulee muun muassa edistää keskushallinnon ja alueiden välistä yhteistyötä, käsitellä sosiaali- ja terveysjärjestöjen kanssa kansallisen kehittämissuunnitelman puitteissa tehtävän yhteistyön kysymyksiä sekä käsitellä ohjaus- ja valvontatoimenpiteiden kokonaisuutta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan tukena toimii viisi sosiaali- ja terveysministeriön asettamaa sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista johtoryhmää. Kullakin aluejohtoryhmällä on oma toimialue. Toimialueet on muodostettu käyttäen sitä aluejakoa, jota on käytetty muodostettaessa erikoissairaanhoidon (1062/1989) 9 §:ssä

tarkoitettuja erityisvastuualueita. Aluejohtoryhmien tehtävänä on tukea alueellaan kansallisen kehittämisohjelman valmistelua sekä edistää ja seurata osaltaan ohjelman toteutumista. Johtoryhmät muun muassa laativat Kaste-ohjelman alueelliset toimeenpanosuunnitelmat, ja tekevät neuvottelukunnalle esityksiä toimenpiteistä, joilla voidaan edistää Kaste-ohjelman toimeenpanoa.

Alueelliset toimeenpanosuunnitelmat perustuvat alueen kehittämistarpeisiin ja kertovat, mitkä kansalliset tavoitteet ovat alueella keskeisimpiä, ja millä alueellisilla toimenpiteillä nämä tavoitteet saavutetaan. Alueellisissa toimeenpanosuunnitelmissa hyödynnetään muun muassa kuntien hyvinvointikertomuksia ja palvelustrategioita sekä terveydenhuollon järjestämissuunnitelmia ja maakuntien hyvinvointiohjelmia.

## **2.10 Opetus-, koulutus- ja tutkimustoiminta**

Kunta ja sosiaalihuollon henkilökunnan koulutuksesta huolehtiva oppilaitos tai korkeakoulu voivat sosiaalihuoltolain 52 §:n mukaan sopia sosiaalihuollon toimintayksiköiden käyttämisestä sosiaalihuollon koulutustoiminnan järjestämiseen. Kunta on oikeutettu saamaan edellä tarkoitettua koulutustoiminnan järjestämisestä aiheutuvista välittömistä kustannuksista täyden korvauksen korkeakoululta taikka koulutuksesta huolehtivalta muulta viranomaiselta tai yhteisöltä. Korvausta määriteltäessä otetaan huomioon myös se välitön hyöty, jonka kunta saa koulutustoiminnan ohessa.

Kunnilla on sosiaalihuoltolain 53 §:n mukaan lakisääteinen velvoite järjestää täydennyskoulutusta sosiaalihuollon henkilöstölle. Kunnan tulee huolehtia siitä, että sosiaalihuollon henkilöstö peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvasta riippuen osallistuu riittävästi sille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut kunnille suositukset sosiaalihuollon täydennyskoulutuksen järjestämisen tueksi (STM julkaisuja 2006:6).

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön täydennyskoulutuksesta säädetään terveyden-

huoltolain 5 §:ssä. Sen mukaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö, mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja, osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Lisäksi terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta on säännöksiä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003). Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut lisäksi suositukset täydennyskoulutuksen toteuttamiseksi (STM:n oppaita 2004:3).

Terveydenhuoltolain mukaan terveyskeskuksen on huolehdittava asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä (37 §). Toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä (4 §).

Sosiaalihuollon lainsäädännössä on myös säännöksiä johtamisesta ja moniammatillisen osaamisen hyödyntämisestä sosiaalihuoltoa toteutettaessa.

## **2.11 Ohjaus ja valvonta**

Sosiaali- ja terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtäviin kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta sosiaalihuoltolain, kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain, mielenterveyslain, kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain ja tartuntatautilain perusteella. Toimivalta koskee käytännössä kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä valtion mielisairaaloita. Myös yksityisen terveydenhuollon ja yksityisten sosiaalipalvelujen yleinen ohjaus ja valvonta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ylei-

nen ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

#### *Aluehallintovirastot*

Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo sosiaalihuoltoa, kansanterveystyötä ja erikoissairaanhoidon sekä yksityistä terveydenhuoltoa ja yksityisiä sosiaalipalveluja toimialueellaan.

Aluehallintovirastot edistävät aluehallintovirastoista annetun lain (896/2009) mukaan alueellista yhdenvertaisuutta hoitamalla lainsäädännön toimeenpano-, ohjaus- ja valvontatehtäviä alueillaan. Aluehallintovirastot hoitavat niille erikseen säädettyjä tehtäviä sosiaali- ja terveydenhuollon, ympäristöterveydenhuollon, koulutus- ja muun sivistystoimen, oikeusturvan edistämisen ja toteuttamisen, ympäristönsuojelu- ja vesilainsäädännön alaan kuuluvien lupa- ja muiden hakemusasioiden, pelastustoimen, työsuojelun valvonnan ja kehittämisen, työssä käytettävien tuotteiden tuotevalvonnan sekä kuluttaja- ja kilpailuhallinnon toimialoilla. Niiden tehtävänä on lisäksi peruspalvelujen alueellisen saatavuuden arviointi, maistraattien ohjaus, valvonta ja kehittäminen, varautumisen yhteensovittaminen alueella ja siihen liittyvän yhteistoiminnan järjestäminen, valmiussuunnittelun yhteensovittaminen, alueellisten maanpuolustuskurssien järjestäminen, kuntien valmiussuunnittelun tukeminen, valmiusharjoitusten järjestäminen, alue- ja paikallishallinnon turvallisuussuunnittelun edistäminen, toimivaltaisten viranomaisten tukeminen ja niiden toiminnan yhteensovittaminen viranomaisten johtaessa turvallisuuteen liittyviä tilanteita alueella sekä poliisitoimen alueellinen viranomaisyhteistyö ja poliisitoimen varautumisen ja valmiussuunnittelun yhteensovittaminen. Aluehallintovirastolla voi olla myös muita erikseen säädettyjä tehtäviä.

Aluehallintovirastojen yleishallinnollinen ohjaus kuuluu valtiovarainministeriölle. Toiminnallisesta ohjauksesta vastaavat lisäksi omilla toimialoillaan oikeusministeriö, sisäasiainministeriö, valtiovarainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, maa- ja metsätalousministeriö, työ- ja

elinkeinoministeriö, ympäristöministeriö sekä poliisihallitus tai sellainen keskushallinnon virasto, jonka tehtäväksi ohjaus on erikseen säädetty tai määrätty.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntöön sisältyy noin 130 aluehallintovirastojen tehtäviä määrittävää säännöstä. Näihin tehtäviin liittyvä aluehallintovirastojen toiminnallinen ohjaus kuuluu edellä olevan perusteella sosiaali- ja terveysministeriölle. Lisäksi Valviran tehtäväksi on säädetty ohjata aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden ohjauksessa ja valvonnassa.

#### *Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto*

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) on sosiaali- ja terveysministeriön alainen keskusvirasto, joka toimialana Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta annetun lain (669/2008) mukaan on edistää ohjauksen ja valvonnan keinoin oikeusturvan toteutumista ja palvelujen laatua sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä elinympäristön ja väestön terveysriskien hallintaa.

Viraston tehtävänä on huolehtia terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa, kansanterveyslaissa, työterveyslupa- ja valvontavirastosta (1383/2001), erikoissairaanhoidolaissa, terveydenhuoltolaissa, mielenterveyslaissa, yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa, tartuntatautilaissa, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007), sähköisestä lääkemääräyksestä annetussa laissa (61/2007), sosiaalihuoltolaissa, yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa (922/2011), kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa, työterveyslupa- ja valvontavirastosta (763/1994), alkoholilaissa, tupakkalaissa, geenitekniikkalaissa (377/1995) ja terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista annetussa laissa (629/2010) sille säädetystä lupahallinnosta, ohjauksesta ja valvonnasta. Lisäksi sen tehtävänä on huolehtia raskauden keskeyttämisestä, steriloinnista, hedelmöityshoitoja,

adoptiota, ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellistä käyttöä sekä lääketieteellistä tutkimusta koskevassa lainsäädännössä sille säädetyistä tehtävistä sekä muussa laissa tai asetuksessa sille säädetyistä tehtävistä. Virasto hoitaa lisäksi ne edellä tarkoitettun lainsäädännön nojalla sen toimialaan liittyvät tehtävät, jotka sosiaali- ja terveysministeriö sille määrää.

Valvira ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi sosiaalihuollon, kansanterveystyön, erikoissairaanhoidon ja yksityisen terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen ohjauksessa ja valvonnassa. Valviran ja aluehallintovirastojen työnjaosta ohjauksessa ja valvonnassa säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa, sosiaalihuoltolaissa, kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa, kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa, mielenterveyslaissa, tartuntatautilaissa, yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa ja yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa.

Valvira valvoo valtakunnallisena valvontaviranomaisena muun muassa terveydenhuollon ammattihenkilöitä heidän toimiessaan terveyden- ja sairaanhoidossa. Valvonnan ensisijaisena tarkoituksena on potilasturvallisuuden säilyttäminen ja edistäminen sekä terveyspalvelujen laadun varmistaminen.

#### *Valviran ja aluehallintovirastojen työnjako ja toimivaltuudet ohjauksessa ja valvonnassa*

Valvonnasta vastaavat ensisijaisesti aluehallintovirastot, kun taas Valvira käsittelee laissa erikseen määritellyt asiat. Valvira ohjaa ja valvoo sosiaalihuoltoa ja kansanterveystyötä erityisesti silloin, kun kysymyksessä on periaatteellisesti tärkeä tai laajakantoinen asia, usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskeva asia, asia, joka liittyy Valvirassa käsiteltävään muuhun valvontasiaan tai asia, jota aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään.

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimintayksiköiden valvonnalla tarkoitetaan lainsäädännössä määriteltyjen organisaatioi-

den asiakkaille tai potilaille järjestämän tai tuottaman sosiaalihuollon tai terveyden- ja sairaanhoidon valvontaa. Valvonta on luonteeltaan laillisuusvalvontaa ja sen ensisijainen tarkoitus on turvata, että toiminta täyttää lainsäädännössä asetetut vaatimukset. Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisen suorittama valvonta on myös luonteeltaan organisaatioiden oman valvonnan toteutumista varmistavaa ja sitä edistävää. Organisaatio johtaa toimintaansa ja sillä itsellään on aina ensisijainen vastuu seurata ja valvoa vastuullaan olevaa toimintaa. Valvonta edistää myös kyseisessä organisaatiossa toimivien terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa.

Valvonnalla ja siihen liittyvällä ohjauksella turvataan ja edistetään palvelujen laatua sekä asiakas ja potilasturvallisuutta. Tavoitteena on ehkäistä jo ennalta asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavien olosuhteiden ja käytäntöjen syntymistä. Ohjauksesta voidaan käyttää myös ennako- tai etukäteisvalvonnan nimitystä. Siihen sisältyvät muun muassa neuvonta, tiedottaminen, ohjaukselliset käynnit valvottavissa toimintayksiköissä ja kouluttamistoiminta. Hyvin toimivalla ohjauksella voidaan usein välttää valvontaviranomaisen tarve puuttua jälkikäteisen valvonnan tai velvoitteiden keinoin terveydenhuollon toimintayksikön toimintaan.

Aluehallintovirastojen ja Valviran organisaatiovalvonta voi käytännössä kohdistua esimerkiksi siihen, onko organisaatiolla riittävät laadunhallintaa sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta varmistavat suunnitelmat ja toimintaohjeet, tai toisaalta siihen, ovatko annetut menettelytapa- ja toimintaohjeet lainsäädännössä asetetut vaatimukset täyttäviä. Valvonta voi kohdistua myös muun muassa organisaation lääkeshoidon toteutuksen tai asiakas- ja potilastietojen käsittelyn asianmukaisuuteen, hoidon tai huollon saataavuuteen ja muihin asiakkaan tai potilaan oikeuksiin liittyviin kysymyksiin, asiakkaiden tai potilaiden tekemien muistutusten käsittelyn asianmukaisuuteen taikka esimerkiksi sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuuden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattipätevyyden varmistamiseen ja työnjakoon liittyviin kysymyksiin.

## Valvonnan keinot ja seuraamukset

Valvira ja aluehallintovirastot voivat tarvittaessa tehdä tarkastuksia sosiaalipalvelun tuottajan ja terveydenhuollon itsenäisten ammatinharjoittajien ja toimintayksiköiden tiloihin. Tarkastuksista säädetään sosiaalihoitolain 55 §:ssä, kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain 75 §:ssä, kansanterveyslain 42 §:ssä, erikoissairaanhoidon lain 51 §:ssä, mielenterveyslain 33 a §:ssä, yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 17 §:ssä ja yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 17 §:ssä. Näiden säännösten mukaan toiminta sekä toiminnan järjestämisessä käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat voidaan tarkastaa silloin, kun tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Valvira voi lisäksi perustellusta syystä määrätä aluehallintoviraston tekemään tarkastuksen.

Silloin kun toiminnan järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on sitä koskevan lainsäädännön vastaista, Valvira tai aluehallintovirasto voi antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta. Tällaisen määräyksen noudattamiseksi voidaan asettaa sakon uhka tai uhka, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään. Toiminta voidaan myös määrätä keskeytettäväksi välittömästi taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kieltää välittömästi, jos potilasturvallisuus sitä edellyttää. Yksityiselle sosiaalipalvelun tai terveydenhuollon palvelun tuottajalle myönnetty lupa voidaan myös peruuttaa osittain tai kokonaan, jos toiminnassa on olennaisesti rikottu lakia. Valvira tai aluehallintovirasto voi lievemmässä tapauksissa antaa toteamansa virheellisen menettelyn tai laiminlyönnin johdosta huomautuksen kyseisen toiminnan järjestäjä- tai toteuttajaorganisaatiolle tai toiminnasta vastuussa olevalle henkilölle taikka kiinnittää valvottavan huomiota toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen ja hyvän hallintotavan noudattamiseen.

Valvonta-asiat voivat tulla vireille esimerkiksi asiakkaiden ja potilaiden tai heidän

omaistensa ilmoitusten tai kanteluiden perusteella, muilta viranomaisilta saadun tiedon perusteella, apteekkeilta, ammattihenkilöiden työnantajilta, esimiehiltä tai tuomioistuimilta saatujen ilmoitusten johdosta sekä eri viranomaisten lausuntopyyntöjen perusteella. Valvira ja aluehallintovirastot voivat ottaa asian selvitettäväkseen myös omasta aloitteestaan. Kanteluiden osalta valvontaa koskeviin lakeihin sisältyvät säännökset, joiden mukaan Valvira ja aluehallintovirasto eivät tutki kantelua, joka koskee yli viisi vuotta vanhaa asiaa, ellei siihen ole erityistä syytä. Hallintolain muuttamiseksi tehdyssä esityksessä (HE 50/2013 vp) aikarajaksi on esitetty 2 vuotta.

Valviran ja aluehallintovirastojen käsittelemien terveydenhuollon valvonta-asioiden määrät ovat kasvaneet jatkuvasti. Valvirassa tuli vuonna 2012 vireille kaikkiaan 1247 terveydenhuollon valvonta-asiaa ja 114 sosiaalihuollon valvonta-asiaa

## 2.12 Pohjoismaiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät

Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmät muutoksessa

Pohjoismaiden terveydenhuollossa palvelujen järjestämisvastuu on siirtymässä väestöltään suuremmille järjestäjätahoille, joiden taloudellinen kantokyky ja osaaminen ovat aiempaa parempia. Palvelujen järjestäminen ja tuottaminen eriytyvät ja palvelujen tuottajakunta laajenee ja monipuolistuu. Potilaiden asemaa ja hoidon asiakaslähtöisyyttä parannetaan lisäämällä asiakkaan valinnanvapautta. Läpinäkyvyyttä lisätään tuottamalla aiempaa enemmän vertailukelpoista tietoa palvelujen laadusta, saatavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. Laadusta ja potilasturvallisuudesta on muodostumassa keskeinen kilpailutekijä.

Terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta oli OECD:n raporttien vuoden 2011 lukujen mukaan Tanskassa 10,9 %, Norjassa 9,3 %, Ruotsissa 9,5 % ja Suomessa 9,0 %. Terveydenhuollon kokonaiskustannuksista katettiin julkisin varoin Tanskassa 85,3 %, Norjassa 84,9 % ja Ruotsissa 81,6



%. Vastaava julkisen rahoituksen osuus oli Suomessa vertailumaita pienempi, 75,4 %.

Kansainvälisissä vertailuissa Pohjoismaat ovat terveydenhuollon vaikuttavuudessa kärkipäässä, etenkin jos mittareina käytetään yleisluontoisia terveystindikaattoreita kuten esimerkiksi eliniän ennustetta ja lapsikuolleisuutta. Jos tarkastelu kavennetaan terveiden elinvuosien odotteeseen, Suomi poikkeaa muista Pohjoismaista heikommalla terveysennusteella.

Pohjoismaisissa sairaaloiden tuottavuusvertailuissa Tanska, Norja ja Ruotsi ovat jääneet Suomen taakse. Eroja on selitetty muun muassa Suomen matalammilla henkilöstökustannuksilla, erilaisilla kustannusten laskentaperiaatteilla sekä mahdollisilla eroilla tutkimustoiminnassa. Siitä, eroavatko tuotetut sairaalapalvelut sisällöllisesti tai laadullisesti toisistaan, ei ole selkeää näyttöä.

Terveydenhuollon järjestämisvastuu on Pohjoismaissa perinteisesti ollut samoissa käsissä kuin vastuu palveluiden rahoituksesta ja suuri osa palvelutuotantoa. Suomessa pääasiallinen järjestämisvastuu on kunnilla ja Ruotsissa 20 maakäräjäalueella (landsting) tai näiden yhteenliittymällä (regioner). Tanskan rakenneuudistuksessa vuosina 2005–2007 terveydenhuollon järjestämisvastuu

siirtyi 14 maakunnalta (amter) viidelle uudelle alueelliselle toimijalle (regioner). Rahoitusvastuu on eriytetty pääasiassa valtiolle, mutta pienemmässä määrin myös kunnille. Norjan perusterveydenhuollon uudistuksen (2001) ja sairaalauudistuksen (2002) seurauksena terveydenhuollon järjestämisvastuu on jaettu valtion ja kuntien kesken. Valtio rahoittaa ja järjestää erikoissairaanhoidon palvelut neljän alueellisen toimijan (Regionale Helseforetak) kautta. Kunnilla on perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu. Näiden palveluiden rahoitus on jaettu kuntien ja valtion kesken.

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmä ei ole käynyt läpi samanlaisia rakenteellisia uudistuksia kuin Tanskan ja Norjan järjestelmät. Vaikka Ruotsissa terveystalot tuotetaan jo nyt huomattavasti suuremmilla väestöpohjilla kuin Suomessa, aluetason uudistusta selvitettiin laajasti muutama vuosi sitten, ja siitä keskustellaan edelleen ajoittain. Samanaikaisesti väestöpohjaisessa ajattelussa on tapahtunut muutoksia vuonna 2010 voimaan tulleen perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistuksen seurauksena. Uudistuksen levitessä erikoissairaanhoidon muutosvaikutukset vahvistunevat entisestään.

Taulukko 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu Pohjoismaissa.

Maa	Ruotsi	Norja	Tanska	Suomi
Erikoissairaanhoito	20 maakäräjäaluetta (+ 1 kunta)	4 aluetta	5 aluetta	320 kuntaa (21 shp)
Perusterveydenhuolto	20 maakäräjäaluetta (+ 1 kunta)	428 kuntaa	5 aluetta	320 kuntaa
Sosiaalihuolto	290 kuntaa	428 kuntaa	98 kuntaa	320 kuntaa

Pohjoismaisessa vertailussa terveydenhuollon järjestämistä vastuu on Suomessa hajautettu poikkeuksellisen monelle pienelle toimijalle. Tämä koskee erityisesti erikoissairaanhoidon palveluita. Suomen lisäksi Norjassa kunnat ovat järjestämistä vastuussa perusterveydenhuollon palveluista. Kaikissa Pohjoismaissa kunnilla on keskeinen vastuu sosiaalipalveluiden järjestämisestä. Kuntakoko Tanskassa ja Ruotsissa on kuitenkin merkittävästi suurempi kuin Suomessa.

### *Tanska*

Tanskassa toteutettiin vuosina 2005–2007 terveydenhuoltojärjestelmän perusteellinen rakenneuudistus, jonka seurauksena terveydenhuollon pääasiallinen järjestämistä vastuu siirtyi 14 maakunnalta (amter) viidelle alueelliselle toimijalle (regioner). Vaikka näillä on alueellisesti valittu poliittinen johto, niillä ei ole verotusoikeutta, ja terveydenhuollon rahoituksesta vastaa suurimmaksi osaksi valtio.

Tanskan viisi aluetta ovat järjestämistä vastuussa sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta ja psykiatrisesta sairaanhoidosta. Alueet huolehtivat myös aikuisten hammashoidosta ja fysioterapiasta. Kuntien tehtäviin kuuluu ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoido. Myös kroonisten sairauksien komplikaatioiden ehkäisy katsotaan osittain kuntien tehtäväksi. Kuntoutuksesta huolehtivat pääasiassa kunnat. Vaativasta kuntoutuksesta vastaavat kuitenkin alueet.

Keskeinen strategia kuntien vahvistamiseksi oli suurentaa kuntien koko vähintään 30 000 asukkaaseen tai vaihtoehtoisesti yhteistoiminnan luominen naapurikuntien välillä. Kuntien yhdistyminen käynnistyi vuonna 2006 hyvin nopeasti, ja kuntien lukumäärä laski 275:stä 98:aan. Yksittäisen kunnan keskimääräinen asukasluku on tällä hetkellä noin 55 000.

Perusterveydenhuolto säilyi olennaisimmiltaan piirteiltään ennallaan, mutta joitakin muutoksia tehtiin. Tanska on jo pitkään soveltanut perusterveydenhuollon mallia, jossa lääkärin toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina. Uudistuksen jälkeen ammatinharjoittajat

tekevät sopimuksensa viiden alueellisen toimijan kanssa. Kuntien vastuulla on terveyden ylläpitämiseksi tarjottavat palvelut niin yksilö- kuin väestötasollakin sekä kuntoutuspalvelut. Näitä tarkoituksia varten kuntien odotetaan ylläpitävän ”terveyskeskuksia” (sundhedscentra), joissa siis keskitytään terveyden edistämiseen ja ylläpitoon sekä kuntoutukseen ja sairauksien (tai kroonikoilla niiden komplikaatioiden) ehkäisemiseen.

Aluehallinnon uudistuksen yhteydessä tehtiin merkittäviä periaatteellisia muutoksia rahoitusjärjestelmään ja verotukseen. Syntyneille viidelle alueelle ei annettu itsenäistä verotusoikeutta, vaan alueiden toiminnan rahoittavat valtio ja kunnat. Alueet saavat budjetistaan noin 80 prosenttia valtiolta ja 20 prosenttia kunnilta. Myös jälkimmäiset 20 prosenttia ovat alun perin valtion budjetista kunnille osoitettuja varoja. Suorasta valtion rahoituksesta suurin osa lasketaan kunkin alueen väestöpohjan perusteella, kun taas pienempi osa tulee aktiviteettisidonnaisesta korvauksesta.

Kuntien rahoitusosuus alueen menoista voi vaihdella sen mukaan, miten paljon kunkin kunnan asukkaat kuormittavat erikoissairaanhoidon vuodepaikkoja. Järjestelmässä kunnat velvoitetaan erikoissairaanhoidon osarahoitukseen, jotta niillä olisi selkeä motivaatio pitää väestönsä niin terveenä kuin mahdollista. Kuntien ja perusterveydenhuollon mahdollisuudet vaikuttaa erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeeseen lyhyellä tai keskipitkällä aikavälillä eivät kuitenkaan ole kiistattomat.

Kokonaisuudistuksesta odotettuja säästöjä ei ole vielä pystytty osoittamaan. Keväällä 2013 julkaistussa seurantaraportissa todettiin tarve muokata terveydenhuollon korvausjärjestelmää siten, että se tukee paremmin integroitua palveluita. Sopimuskäytäntöjä alueiden ja kuntien sekä ammatinharjoittajien välillä ehdotettiin uudistettaviksi. Lisäksi ehdotettiin muun muassa perusterveydenhuollon ammatinharjoittajien tarkempaa seuranta ja laajempaa laatuindikaattorien käyttöä. Lainsäädännön muutokset tulivat voimaan alkusyksyllä 2013.

Tanskassa on tehty myös näkyviä erikoissairaanhoidon uudistuspäätöksiä. Erityistä osaamista vaativat toiminnot on päätetty

keskittää kansallisesti harvempiin ja suurempiin yksiköihin. Valtio on varannut huomattavan määrärahan (noin 5,4 mrd EUR) vanhojen sairaaloiden muuttamiseksi moderneiksi niin sanotuksi supersairaaloiksi. Päättökset supersairaaloiden alueellisesta sijoittamisesta on tehty.

### *Norja*

Norjassa toteutettiin vuosina 2001–2002 kaksi mittavaa uudistusta. Norjan listalääkärimalli (Fastlegeordningen) koski perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen rahoitus- ja järjestämisvastuuta. Norjan sairaalareformi (Sykehusreform, Helseforetaksloven) käsitti erikoissairaanhoidon valtiollistamisen.

Perusterveydenhuollon uudistuksen päämääräksi määriteltiin lääkäripalvelujen parempi ja tasaisempi laatu, saatavuus ja jatkuvuus sekä potilaan valinnanvapauden lisääminen ja aseman vahvistaminen. Maan lääkäriresurssien tarkoituksenmukaisempi käyttö mainittiin myös eräänä keskeisenä päämääränä. Norjan kunnat saivat velvollisuudekseen järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Aiemmin lääkärit olivat olleet julkisen työnantajan, läänin (fylken) palveluksessa, mutta siirtyivät uudistuksen myötä ammatinharjoittajiksi.

Vuoden 2002 sairaalauudistuksessa somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon rahoitus- ja järjestämisvastuu siirtyi Norjan lääneiltä (fylken) valtiolle. Uudistuksen yhteydessä Norja jaettiin viiteen – sittemmin vuonna 2007 neljään – alueeseen, joilla vastuuta kantavat valtion alueelliset toimijat (Regionale Helseforetak). Nämä ovat vastuussa siitä, että kunkin alueen väestö saa tarvitsemansa erikoissairaanhoidon palvelut. Sairaalat ovat alueellisten toimijoiden ”tytäryhtiöitä” (Lokale Helseforetak), joihin kunkin voi kuulua yksi tai useampia sairaaloita.

Alueelliset toimijat saivat periaatteessa suuren vapauden järjestää vastuullaan olevat palvelut, mutta valtio omistajana pidätti itsellään mahdollisuudet ohjata niiden toimintaa paitsi lainsäädännön ja budjetin välityksellä myös erilaisin ohjausdokumenteilla sekä halli-

tusvaikuttajien kautta. Valtion rahoituksen jakamisessa alueille oli etenkin aluksi ongelmia sopivien ja oikeudenmukaisten laskentaperusteiden määrittelyssä. Rahoitus koostuu väestöpohjaisesta kapitaatiokorvauksesta ja suoritepohjaisesta korvauksesta. Somaattisesta erikoissairaanhoidosta noin 40 prosenttia korvataan suoriteperusteisesti. Psykiatrinen hoito korvataan pääasiallisesti kapitaatiopohjaisesti. Vaikka sairaaloilla on itsenäinen vastuu henkilöstöstä, toiminnasta ja taloudesta ja ne voivat periaatteessa tehdä suuriakin taloudellisia ratkaisuja, ne eivät kuitenkaan voi mennä konkurssiin.

Sairaalauudistuksen tultua voimaan erikoissairaanhoidon menot kasvoivat ensimmäisinä vuosina Norjassa noin kolmen prosentin vuosivauhtia. Samanaikaisesti sairaalahoitojaksot, päiväkirurgia mukaan luettuna, lisääntyivät yli neljä prosenttia vuodessa, mikä viittasi erikoissairaanhoidon tuottavuuden paranemiseen. Palveluiden saatavuus parani ja jonot lyhenivät. Saatavuudessa olleet alueelliset erot entisten 19 läänin välillä pienenevät uusien alueiden rajojen sisällä, mutta eivät tasoittuneet yhtä olennaisesti alueiden välillä. Syntyneessä kaksitahoisessa järjestelmässä, jossa valtio järjestää erikoissairaanhoidon ja kunnat perusterveydenhuollon, havaittiin vähitellen ongelmia. Tämän seurauksena lähdettiin valmistelemaan seuraavaa lainsäädäntöpohjaista uudistusta, yhteistoimintareformia (Samhandlingsreform), joka tuli voimaan vuoden 2012 alusta.

### *Ruotsi*

Ruotsin terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjällä tai niihin verrannollisella alueella, joiden väestöpohja vaihtelee vajaan 200 000 ja 2 000 000 asukkaan välillä. Lisäksi palveluiden järjestäjänä toimii Gotlannin kunta (asukasmäärä 57 000). Kunkin maakäräjä- tai aluehallinto vastaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä suuren terveydenhoito mukaan lukien. Kuntien vastuulla ovat muun muassa kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoido sekä sosiaalityö kokonaisuudessaan. Kunnat järjestävät vanhusten-

huollon ja palveluasumisen, mutta eivät itsenäisesti järjestä vanhusten lääkäripalveluja, vaan niistä tulee sopia maakäräjien kanssa.

Ruotsin maakäräjien asema on varsin itsenäinen. Suhteellinen autonomia perustuu, paitsi terveydenhuoltolakiin, perustuslain (Regeringsformen) ja kunnallislain (Kommunallag) säädöksiin kunnallisesta itsemääräämisoikeudesta (kommunal självstyrelse). Näiden säädösten piiriin kuuluvat siis sekä Ruotsin kunnat että maakäräjät. EU:n subsidiariteettiperiaatteen mukaan päätöksenteon tulee tapahtua lähellä kansalaista ja tämän lainsäädännön katsotaan tukevan kunnallisen itsemääräämisoikeuden periaatetta.

Maakäräjillä samoin kuin kunnilla on itsenäinen verotusoikeus. Maakäräjävero veronmaksajille on keskimäärin 10 prosenttia ja kunnallisvero noin 20 prosenttia. Ruotsissa on käytössä tasausjärjestelmä, jonka perusteella rikkaammat alueet tukevat köyhempien alueiden taloutta. Maakäräjien pätehtävänä on vastata alueensa terveydenhuollon järjestämisestä. Toimintakuluista yli 90 prosenttia menee terveydenhuollon kustannuksiin. Toiminta rahoitetaan maakäräjäverolla, valtion avustuksilla sekä pienessä määrin asiakasmaksuilla. Maakäräjille maksetuista valtionavustuksista osa on väestöpohjaan suhteutettua ja kapitaatioperusteista, suurin yksittäinen avustussumma perustuu lääkekustannusten korvauksiin. Viime vuosina valtionosuuksista kasvava osa on määriteltä suoritteperusteiseksi, mikä heijastelee valtion lisääntynyttä tarvetta ohjata hajautettua järjestelmää kohti tasaisempaa laatua ja saataavuutta.

Aiemmin maakäräjät tuottivat itse suurimman osan järjestämisvastuullaan olevista palveluista, mutta ulkopuolisten tuottajien osuus on viime vuosikymmeninä jatkuvasti kasvanut niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Tuottajakunnan monipuolistumisen taustalla oli aluksi erityyppisten tuottajien väliseen kilpailuun liitetty positiiviset odotukset tuotantokustannusten, hinnan ja laadun suhteen. Sittemmin paljon poliittista keskustelua herättäneet ongelmat palveluiden saatavuudessa sekä pyrkimys vahvistaa potilaiden asemaa ja lisätä kansalaisten valinnanvapautta ovat tukeneet

kehityskulkua, jossa markkinat on avattu myös yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille.

Monilla maakäräjäalueilla on jo 1980-luvulta lähtien kokemusta tilaajatuottajamallien soveltamisesta etenkin erikoissairaanhoidossa. Tämän seurauksena myös palveluiden tuotteistaminen ja erilaisille periaatteille rakennettujen korvausmenettelyjen kehittäminen ovat varsin pitkällä. Monet maakäräjistä ovat täysin eriyttäneet tilaaja- ja tuottajatoiminnot toisistaan. Tilajan roolia on pyritty aktiivisesti kehittämään ja vahvistamaan ja siihen kuuluu myös rahoitusvastuu, vastuu hoidon riittävydestä sekä aktiivinen seuranta. Tukholman alueella 30 prosenttia toiminnasta on ulkopuolisen tahon vastuulla, ja terveyskeskuksista lähes 60 prosenttia on yksityisiä. Potilaiden valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen valikoimaa pyritään laajentamaan yhä useammille hoidon alueille. Hoitoa tarjoavien tahojen hyväksymismenettely (auktorisointi) perustui aluksi suhteellisen yksinkertaisiin kriteereihin, mutta etenkin laatuvaatimuksia on jatkuvasti tarkennettu.

Ruotsin terveyspolitiikan keskiössä on viime vuosina ollut vuoden 2010 alusta lakisääteisesti voimaan tullut perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistus. Valinnanvapauslainsäädäntö edellyttää, että maakäräjäalueet hyväksyvät perusterveydenhuollon tuottajat neutraalilla hyväksymismenettelyllä, jonka jälkeen potilaat voivat valita palvelujen tuottajista itselleen sopivimman. Raha seuraa potilasta hänen valitsemalleen tuottajalle, ja korvaukset ovat kaikille tuottajille samat. Lainsäädäntö mahdollistaa vastaavien valinnanvapausjärjestelmien käytön myös erikoissairaanhoidossa ja sosiaalipalveluissa, mutta näissä menettely ei ole pakollista.

#### Palveluiden integraation ongelmat

Jokaisella pohjoismaisella rahoitus- ja järjestämismallilla on omat integraatio-ongelmansa – joko erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tai perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välillä. Erityisesti monisairaat vanhuksat sekä mielenterveyspotilaat ja päihdeongelmaiset ovat ryh-

miä, joiden kohdalla palveluiden puutteellinen integraatio on aiheuttanut suuria ongelmia. Myös terveyden edistämisen integroiminen muuhun toimintaan on ollut haasteellista.

Norjassa ja Tanskassa ongelmana on ollut terveyden edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eriytyminen kaksitehoisen rahoitus- ja järjestämisvastuun seurauksena. Tilanteen korjaamiseksi Norjassa tuli vuoden 2012 alusta voimaan laaja lainsäädäntöpohjainen uudistus, yhteistointareformi (Samhandlingsreform). Uudistus sisälsi muutoksia kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön sekä Norjan kansanterveyslakiin. Näillä pyritään parantamaan terveydenhuollon toimivuutta lisäämällä kuntien koordinaatiovastuuta ja kehittämällä perusterveydenhuollon yhteistyötä niin sosiaalipalveluiden kuin erikoissairaanhoidon suuntaan. Yhteistoiminnan pohjaksi kuntien ja alueellisten toimijoiden tuli tehdä erityiset yhteistyösopimukset. Kunnille annettiin uudistuksessa myös valtion lisärahoitusta ja samalla osarahoitusvastuu erikoissairaanhoidon käytöstä. Uudistuksen varhaiset seurantatulokset olivat lupaavia. Vaikka sairaalasta kotiutuksen viivästysmaksujärjestelmä valmistui myöhässä, kotiutusta odottavien potilaiden määrä laski puolessa vuodessa lähes puoleen. Uudistusta seurataan nyt Norjan Tiedeneuvoston tutkimusohjelmassa.

Tanskassa vanhusten palveluiden järjestämiseen on viime aikoina kiinnitetty huomiota. Vastuujärjestäjänä toimii paikallistaso eli kunnat. Kunnat määrittelevät vanhusten palvelujen tarpeen yksilöllisesti. Vanhusten hoidon laatua on pyritty parantamaan ja korostettu hoidon yksilöllisen tarpeen arviointia. Keskeisenä tavoitteena on myös sairaanhoidon ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen, jotta vanhusten kotiuttaminen sairaalahoidosta sujuisi entistä paremmin.

Perusterveydenhuollon osalta suurta keskustelua on herättänyt ammatinharjoittajalääkäreihin kohdistuvat sopimusmenettelyt ja niiden ehdot. Alueiden kanssa sopimussuhteissa olleita ammatinharjoittajia on pyritty käyttämään myös (kuntien) terveyden edistämässä, kuntoutuksessa ja vanhusten hoi-

dossa. Toiminnan ehdoista ja korvauksista on jouduttu pitkään etsimään yksimielisyyttä.

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän mahdollinen vahvuus on siinä, että sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut ovat saman päämiehen, maakäräjien, rahoitus- ja järjestämisvastuulla. Ruotsin järjestelmäratkaisujen heikkoudeksi taas voidaan lukea palveluiden puutteellinen integraatio kuntien vastuulla olevan sosiaalitoimen ja maakäräjien terveydenhuollon välillä. Tämä on suoraa seurausta siitä, että rahoitus- ja järjestämisvastuu ovat eri päämiehillä – kunnilla ja maakäräjillä. Integraatio-ongelmat on tiedostettu vuosikymmeniä, ja ne koskevat Ruotsissakin erityisesti vanhusten hoivaa ja hoitoa sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluita. Ongelmia ei kuitenkaan ole koettu niin suuriksi, että Ruotsissa olisi vakavasti keskusteltu rahoitus- ja järjestämisvastuun siirtämisestä yhdelle ja samalle järjestäjätaholle. Siirryttäessä valinnanvapausjärjestelmiin terveydenhuollossa pyritään palvelujen korvausmenettelyjä samalla kehittämään niin, että ne tukisivat mahdollisimman hyvin toimivia palveluketjuja.

Kansallinen ohjaus hajautetuissa järjestelmissä

Rakenneuudistuksien viipyessä Ruotsissa maan terveydenhuollon puutteita on pyritty kompensoimaan vahvistetulla valtion ohjauksella. Esimerkkejä valtion ohjauksen vahvistumisesta ovat kansalliset toimintasuunnitelmat ja -ohjeet sekä hoitoprosessien ja saavutettujen hoitotulosten avoimet tilastovertailut (benchmarking) maakäräjäalueiden ja sairaaloiden välillä. Valtio myös tukee ja ohjaa maakäräjien toimintaa erilaisin

korvamerkityin valtionavuin (”stimulanspengar”). Valtio on osoittanut kohdennettuja varoja hoitojonojen purkuun, kirjoitettujen sairaslomien vähentämiseen, vanhustenhuoltoon ja kuntoutukseen. Myös potilasturvallisuuden edistämiseksi jaetaan suoriteperusteista lisärahoitusta. Järjestelmän kehittämisen ja ohjaamisen sekä kansalaisten aseman vahvistamisen katsotaan edellyttävän kattavaa kansallista vertailutietoa palveluiden

laadusta ja vaikuttavuudesta. Tämän pohjaksi Ruotsissa on 1970-luvulta lähtien kehitetty järjestelmällistä hoidon laadun seurantaan kansallisten laaturekisterien tuella. Tällä hetkellä maassa toimii noin sata eri potilasryhmien hoidon seurantaan tarkoitettua rekisteriä. Keskeisessä asemassa rekisterien kehittämisessä ovat olleet maan erikoislääkäriyhdistykset.

Maakäräjäalueiden ja sairaaloiden välisen avoimen vertailutiedon (Öppna Jämförelser) tuottamisesta vastaavat yhteistyössä Sosiaalilihallitus ja Ruotsin kunta- ja maakäräjäliitto (SKL). Myös muut tahot, kuten yksityiset palvelutuottajat (Vårdföretagarna) ja lääketeollisuusyhdistys (LIF), ovat tukeneet vertailutietojen keräämistä, analysointia ja raportointia. Hoidon kehittämisen ja ohjauksen keskeinen strategia on benchmarking-tyyppinen vertailu ja nyttemmin myös suoritepohjaiset laatubonukset. Näihin verrattuna valvonnan ja erilaisten rangaistusmenettelyjen merkitystä pidetään rajallisena. Vuoden 2011 alusta toimintansa aloitti uusi valtion laitos (Vårdanalys), joka tähtää erityisesti potilaiden, asiakkaiden ja veronmaksajien tietotarpeiden tyydyttämiseen. Tältä pohjalta pyritään mahdollistamaan kuluttajien valintojen – ja tätä kautta myös rahoituksen – kohdistuminen hyvälaatuisiin palveluihin.

Terveydenhuollon kehittäminen keskittyy Ruotsissa potilaan valinnanvapauteen liittyvien kysymysten lisäksi hoitotuloksiin ja hoidon laatuun. Kansallisen syöpästrategiakomitean mietinnön pohjalta syövän hoitoa on ryhdytty keskittämään alueellisiin keskuksiin. Suuremmissa yksiköissä annetun hoidon uskotaan parantavan hoidon laatua, tasoittavan eriarvoisuutta eri alueiden väestön välillä ja kohdistavan resursseja optimaalisemmin. Jatkossa myös osan muusta erikoissairaanhoidosta arvellaan seuraavan perässä.

Valtio on puuttunut sosiaali- ja terveydenhuollon väliin integraatio-ongelmiin muun muassa uudistamalla valvontaviranomaisten toimintaa. Vuoden 2010 alusta lääninhallitusten sosiaalilainsäädäntöön pohjautuva sosiaalitoimen valvonta siirrettiin Sosiaalilihallitukselle, jolla oli jo ennestään vastuu terveydenhuollon valvonnasta.

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollossa toimii monia eri viranomaisia, joiden välinen työnjako ei aina ole selkeä (esim. Sosiaalilihallituksen, Lääkeviraston ja SBU:n teknologian arvioinnit ja hoitosuosituksukset). Lisäksi yhdellä ja samalla taholla (esimerkiksi Sosiaalilihallitus), on voinut olla monia eri vastuita ja toimintoja – normitus, kehittäminen, seuranta, arviointi, valvonta. Tämän on katsottu voivan johtaa viranomaistoiminnassa vaikeasti määriteltäviin jääviystilanteisiin. Tätä taustaa vasten hallitus teetti selvityksen eri viranomaistahojen tehtävistä ja toiminnasta terveydenhuollossa.

Selvitystyön tuloksena valmistui vuonna 2012 ehdotus valtionhallinnon rakenteiden huomattavaksi yksinkertaistamiseksi (”Gör det enklare”). Ehdotuksen mukaan 10 aiempaa viranomaistahoa tulisi yhdistää perustettävänsä luonteen mukaan neljäksi tahoksi: tieto-ohjaus-, valvonta-, infrastruktuuri- ja niin sanottu strategiaviranomainen. Ehdotusta ei ole lähdetty toteuttamaan kokonaisuudessaan, mutta se on johtanut muun muassa aiemman kansanterveyslaitoksen (Folkhälsoinstitutet) ja tartuntatautiviranomaisen (Smittskyddsinstitutet) yhdistämiseen. Tehtävien erilaisen luonteen takia taas sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta erotettiin kesällä 2013 sosiaalilihallituksen muusta toiminnasta omaksi laitokseksi (Inspektionen för vård och omsorg, IVO).

Myös Tanskassa seuranta-, arviointi- ja raportointijärjestelmien kehittäminen on nähty tarpeelliseksi kansallisen kehittämisen ja ohjauksen näkökulmasta. Vastuu terveystalvelujen seurannasta on Tanskassa jakaantunut terveydenhuollon eri tasojen välille. Kansallisella tasolla sosiaalilihallitus (Sundhedssystemet) on vastuussa muun muassa potilasrekisterin ja drg (diagnosis-related group) -luokituksen ylläpidosta. Tanskan viisi aluetta kantavat vastuuta kansallisista laaturekistereistä ja potilaskyselyistä, vaikka valtiovalta vastaa rahoituksesta.

Hoidon laatua kuvaavia tietoja kehitetään ja käytetään hyväksi muun muassa Tanskan kansallisessa indikaattoriprojektissa ja kansalaisinformaation levittämiseen tarkoitettussa verkkopalvelussa (Sundhedskvalitet). Terveydenhuollon laatu- ja akkreditointi- insti-

tuutti IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) on vastuussa Tanskan terveydenhuollon laatujärjestelmää (Den Danske Kvalitesmodel) ja määrittelee laatukriteerejä ja -standardeja akkreditoinnin pohjaksi.

Terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden kansallista seuranta ja ohjausta on kehitetty myös Norjassa. Kansallinen laaturekisteritoiminta ei ole yhtä pitkällä kuin Tanskassa ja Ruotsissa, mutta kymmenen viime vuoden aikana toimintansa on aloittanut kymmenkunta rekisteriä. Uusien rekisterien perustamista ja olemassa olevien tietojen hyödyntämistä varten Tromssassa sijaitseva rekisterikeskus, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE, sai vuonna 2009 tehtäväkseen koordinoita laaturekisteritoimintaa. Valtio on jo aiemmin investoinut informaatio-ohjaukseen vuonna 2004 toimintansa aloittaneen kansallisen osaamiskeskuksen (Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten) kautta. Keskus vaikuttaa erityisesti terveydenhuollon ammattihenkilöstölle suunnatun tiedon välityksellä.

Voidaan ajatella, että Norjan keskitetyssä valtiollisessa erikoissairaanhoidossa alueelliset ja sairaalakohtaiset vaihtelut palveluiden saatavuudessa ja laadussa ovat helpommin hallittavia kuin esimerkiksi Tanskan ja Ruotsin järjestelmissä. Sikäli kuin suurta vaihtelua esiintyy, valtiolla on paremmat mahdollisuudet puuttua palvelutuotantoon kuin hajautetummissa järjestelmissä. Vastavasti voidaan ajatella, että kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen pirstaleisessa suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on varsin suuri tarve luoda yhtenäinen kansallinen seuranta ja tähän pohjautuva ohjaus, jotta kohtuuttomilta eroilta palveluiden saatavuudessa ja laadussa vältyttäisiin.

### 2.13 Nykytilan arviointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne

Vuoden 2013 alusta Manner-Suomessa on 304 kuntaa, jotka ovat vastuussa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta väestölleen. Vastuun kantavien väestöjen keskimääräinen koko on 15

500 asukasta ja mediaanikunta on kooltaan 6 000 asukasta. 1990-luvun alun uudistuksessa toteutettu desentralisaatio, joka yhtäältä sopeutti palvelujärjestelmän paikallisiin oloihin ja kunnan kokonaisuuteen ja selkeytti taloudellisen vastuun kantamista, aiheuttaa toisaalta vakavia ongelmia järjestelmän ohjattavuudelle, palvelujen tasalaatuisuudelle ja kustannusten hallittavuudelle.

Osittaisuudistuksin toteutetun hajanaisen lainsäädännön ja monikanavaisen rahoitusjärjestelmän seurauksena järjestämisvastuu on osittain epäselvä ja osioimointi rahoitusvastuun siirtämiseksi järjestelmän osalta toiselle aiheuttaa palvelujen pirstaloitumista ja kokonaisvastuun hämääntä. Esimerkiksi työkyvyttömyyden kustannukset ennen hoitoa ja sen jälkeen kohdentuvat eri taholle kuin hoidon kustannukset. Työterveyshuollon kehittyminen lisää palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta työssä käyvälle väestölle ja lisää näin työssä käyvien ja työelämän ulkopuolella olevien eroja mahdollisuuksissa käyttää palveluja. Suomessa on myös kuntia laajempia maantieteellisiä alueita, joiden on vaikea saada palvelujaan rahoitettua ja järjestettyä.

Pirstaleinen organisaatiokenttä vaikeuttaa johtamista. Pääsääntöisesti puitetyyppiseen normiohjaukseen ja korvamerkittömään resurssiohjaukseen sekä näitä täydentävään informaatio-ohjaukseen perustuva kansallisen tason ohjaus ei riittävällä tavalla turvaa yhdenvertaisia palveluja nykyisen kaltaisessa palvelurakenteessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon päätösten eriluonteisuus hankaloittaa kokonaisuuden ohjausta erityisesti yhteisten asiakasryhmien palveluissa. Asiakkaan oikeuksiin kohdistuvaa ohjausta on vain vähän ja osassa palveluja se on hyvin kapea-alaista.

Pirstaleinen järjestäjäkenttä monikanavaisine rahoitusjärjestelmineen ja heikkoine ohjausmahdollisuuksineen on johtanut vahvempien ja paremmin edellytyksin toimivien palvelujärjestelmän osien kehittymiseen muita voimakkaammin. Tämä on merkinnyt sitä, että väestöryhmien erot terveyspalvelujen käytössä ovat lisääntyneet ja terveyserot ovat kasvaneet. Samaa kehitystä tukevat vielä alueelliset ongelmat maan eri osissa. Tilanteeseen on kiinnitetty huomiota useissa

kansainvälisissä arvioissa. Terveyserojen kasvusta seuraa väestön hyvinvoinnin eriarvoistumista ja tuloerojen kasvua. Sosiaalihuollon palveluille kehittyy suurinta tarvetta sellaisille maantieteellisille ja toiminnan alueille, joille asiantuntijoiden saaminen on hankalaa. Esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden saatavuus vaihtelee alueittain.

Tilanne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen alueellisen järjestämisen rakenteen osalta on ollut pitkään sekava ja käytännössä kunta- ja palvelurakennemuutostusta sääntelevä puitelaki näyttää muuttaneen tilannetta entistä hajanaisemmaksi erityisesti sosiaalihuollon kannalta. Sosiaalihuollon keskeisten palvelujen järjestäminen on ollut perinteisesti yksittäisten kuntien vastuulla. Kuntien välinen yhteistyö palvelujen järjestämisessä on ollut vähäistä ja yhteistyörakenteet esimerkiksi erityispalvelujen järjestämisessä kapealaisia. Puitelain muutoksella (268/2010) selkiytettiin sosiaalihuollon tehtävien asemaa uudistuksessa velvoittamalla kunnat järjestämään palvelut väestöpohjavelvoitteet täytävillä rakenteilla. Velvoite on jossain määrin vahvistanut sosiaali- ja terveydenhuollon eheyden toteutumista.

Terveydenhuollossa puolestaan ongelmaksi on pikemminkin nähty erikoissairaanhoidon liiallinen vahvuus ja kestoteemana on ollut perustason vahvistaminen. Nykymalli on mahdollistanut hyvin erilaiset alueelliset ratkaisut ja yhteistyöasetelmat erityisesti terveydenhuollossa. Lisäksi kunnilla on ollut käytettävissään etupäässä oman sairaanhoidopiirin palvelutarjonta, mikä myös on estänyt halua uudistaa palvelurakenteita. Puitelaki on osaltaan tukenut myös uusien varsin keinotekoisien ja hajanaisien, usein sairaanhoidopiirivetoisten ratkaisujen syntymistä, joissa sosiaalihoito on usein varsin rajattuna yhteistyökumppanina mukana. Puitelailla luotavat palvelujen järjestäjät ovat lisäksi edelleen varsin pieniä. Lisäksi Paras-hanke jättää puitelaissa olevien poikkeusperusteiden myötä uudistuksen ulkopuolelle osan sellaisista kunnista, joilla on vaikeuksia turvata sosiaali- ja terveyspalveluja kuntalaisilleen.

Peruspalvelujen tila joillain alueilla on korkeintaan tyydyttävä. Esimerkiksi hoitoon

pääsy perusterveydenhuollossa on epätydyttävällä tasolla. Vain neljännes väestöstä asuu alueella, jossa kiirettömässä tapauksessa lääkärin vastaanotolle pääsee alle kahdessa viikossa. Lähes saman verran väestöstä asuu alueella, jossa odotusaika on yli neljä viikkoa. Yli viidennes väestöstä asuu alueella, jossa ainakin ajoittain on vaikeuksia toteuttaa myös suun terveydenhuollon 6 kuukauden hoitoon pääsyn tavoitetta. Terveyskeskuksilla on vaikeuksia täyttää lääkärinvirkojaan. Toisaalta terveyskeskusten lääkärivirkojen määrä suhteessa väestön määrään ja palvelutarpeeseen vaihtelee alueittain merkittävästi. Sen sijaan lääkäreiden määrä kuntien sairaalapaikoin, erityisesti erikoissairaanhoidossa on kasvanut selvästi. Myös erikoissairaanhoidon pääsyssä on kiireellisen hoidon osalta parannettavaa. Hoito toteutuu erikoisaloittain eikä potilaan palvelukokonaisuus ole siten riittävästi yhteen sovitettu. Samoin osassa erikoisaloja on nähtävissä vaikeuksia palkata erikoislääkäreitä ja muita erityisosaajia.

Henkilöstön saatavuus on alueittain vaikeaa erityisesti lääkärin, hammaslääkärin, sosiaalityöntekijän ja erityisterapeuttien tehtäviin, mutta myös hoitohenkilökunnan sijaisuuksiin. Lähitulevaisuudessa joillain erikoisaloilla, esimerkiksi psykiatriassa ja patologiassa tulee olemaan merkittäviä vaikeuksia saada riittävästi erikoistuneita lääkäreitä.

Toimeentulotuen maksamisessa on ollut paljon viivästymisiä, mikä johtuu pääasiassa resurssipulasta. Myös esimerkiksi lastensuojelussa on ongelmia, toisaalta siksi, että yhdellä sosiaalityöntekijällä on vastuullaan hyvin monien lasten ja perheiden asioiden hoitaminen, ja toisaalta se, että kaikissa kunnissa ei ole riittävästi osaamista ja kokeneita työntekijöitä vaativimpien tapausten hoitamiseen.

Myös peruspalvelujen riittämätön yhteistyö eri sektoreiden ja tasojen välillä on selkeä heikkous. Lisäksi julkiset palvelut toimivat järjestelmäkeseisessä ja asiakkaan tai potilaan rooli kokonaisuudessa tarvitsee tukea.

Edellä todetuista ongelmista ja puutteista huolimatta suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatu on kuitenkin suhteellisen hyvä. Useilla tarkasteltavilla



mittareilla, esimerkiksi rokotuskattavuus ja seulontojen toteutuminen tai aivoverenkiertohäiriöiden hoito, pärjäämme kansainvälisesti erinomaisella tavalla. Lisäksi järjestelmän kustannukset ovat kansainvälisesti vertailtuna kohtuulliset. Suhteessa bruttokansantuotteeseen sosiaalimenot olivat noin 31,4 prosenttia vuonna 2012. Vastaavasti terveydenhuoltomenojen suhdenbruttokansantuotteeseen vuonna 2011 oli 9,0 prosenttia, mikä on hieman alle OECD -maiden keskitason. Erityisesti erikoissairaanhoidon tuottavuus on kansainvälisesti vertailtuna huippuluokkaa.

Myös väestö on ollut sosiaali- ja terveydenhuoltoon melko tyytyväinen. Kansalaisista julkisia palveluja pitää tärkeinä lähes 90 %, sosiaalipalveluja 79 % ja kahden kolmasosan mielestä julkiset sosiaali- ja terveystalvet toimivat varsin hyvin. (Kansalaisbarometri 2009). Perheneuvoloissa ja työhallinnon ja kuntien työvoiman palvelukeskuksissa asiakkaat arvostavat palveluiden saamista yhdestä toimipisteestä niin, että asiointi oli helppoa. Terveystalvet kansainvälisissä vertailuissa sekä perusterveydenhuolto että sairaalapalvelut ovat pärjänneet hyvin.

Järjestelmän vahvuuksia on lisäksi korkeasti koulutettu henkilökunta johon voidaan tukeutua kehitettäessä ratkaisuja tulevaisuuden tarpeisiin.

Kuitenkin kokonaisvastuun puute aiheuttaa asiakasprosessien toimimattomuutta ja palvelun käyttäjien ohjaamista luukulta toiselle. Tämä heikentää kustannusten hallintaa, aiheuttaa läpinäkyvyyden ja vertailtavuuden ongelmia sekä estää parhaiden käytäntöjen leviämistä. Kustannusten nousun hallintaa vaikeuttaa osaoptimointi ja organisaatioiden rajapinnoilla tapahtuva tuhlaus. Kuntatasolla kustannusten ennakoitavuuden ongelmia seuraa pienistä rahoittajavastuista ja väestön tarpeiden satunnaisvaihtelusta.

Ikärakenteen ja huoltosuhteen nopea muutos aiheuttaa paitsi kustannusten hallinnan ongelman, myös palvelujen toteuttajien tarpeen voimakkaan lisääntymisen. Palvelutarpeen kasvun ja työntekijöiden eläköitymisen myötä tarvitaan alalle runsaasti uusia koulutettavia. Maan sisäinen muuttoliike voimistaa alueellisesti väestön muutosta ja aiheuttaa

jopa äkillisiä muutoksia huoltosuhteessa ja palvelujen järjestämisessä. Vaikka väestön odotettavissa olevan eliniän pidentyessä eläkeikäisten määrä kasvaa voimakkaasti, on väestö aiempaa pidempään tervettä ja toimintakykyistä. Viimeisten elinvuosien palvelutarve ei kuitenkaan yksilötasolla näytä vähenvän, mistä johtuen palvelutarve kokonaisuutena kasvaa voimakkaasti.

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Kuntien ja alueiden toiminnassa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on vahvistunut strategisena tavoitteena. Vaikuttavien terveyttä edistävien keinojen löytäminen ja niiden vakiinnuttaminen ja pysyvien hyvinvointia ja terveyttä edistävien rakenteiden luominen vaativat aktiivista työtä.

Palvelurakennemuutoksen perusteluissa todetaan ongelmaksi nykyisen palvelurakenteen pirstaleisuus ja sen heikko johdettavuus ja ohjattavuus. Tämä aiheuttaa heikkouksia palvelujen yhdenvertaisuudessa ja tarpeen mukaisessa saatavuudessa ja lisää väestöryhmien välistä eriarvoisuutta, hyvinvointi- ja terveyseroja. Hyvinvointia ja terveyttä edistävä monialainen yhteistyö kunnassa edellyttää rakenteita, jotka mahdollistavat ja tukevat kunnan eri hallinnonalojen yhteistä vastuun ottamista ja työnjakoa hyvinvointitavoitteisiin pääsemiseksi. Peruspalvelujen ja erityispalvelujen saumattomuus helpottaa päätöksentekoa ja yhteistyötä. Esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointipalvelut, ikäihmisten palvelut ja päihde- ja mielenterveyspalvelut sisältävät useilla toimialoilla terveyttä edistäviä, ehkäiseviä ja hoitavia palveluja. Kuntien vastuulla olevan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen on saatava riittävä painoarvo päätöksenteossa ja ratkaisuja tulee käsitellä sosiaali- ja terveydenhuollon ja kunnan muun päätöksenteon yhteydessä.

## Rahoitus

Kansantalouden heikot kasvunäkymät ja valtiontalouden sopeustoimet hidastavat verotulojen ja valtionosuuksien kasvua. Työikäistä väestöä on suhteessa eläkeläisiin ja

lapsiin koko ajan vähemmän. Samaan aikaan väestön ikääntymisestä aiheutuu menojen kasvua erityisesti sosiaali- ja terveyssektorilla. Palveluiden kustannukset ovat kasvaneet. Kuntatalouden velkaantuminen jatkuu voimakkaana ja samalla paine kunnallisveroprosenttien tuntuviin korotuksiin ja kokonaisveroasteen nousuun kasvaa. Kuntien väliset erot ovat kasvussa ja alueellinen tasa-arvoisuus on vaarantunut.

Palvelurakennemuutosta tarvitaan ja se on välttämätön. Sen tulee saada aikaan myös kustannussäästöjä.

#### Kehittämistoiminta ja rakenteet

Alueellisessa panostamisessa kehittämistoimintaan on suuria eroja. Se ei kaikkialla integroidu riittävästi palvelutoiminnan kehittämiseen.

Sosiaalialan osaamiskeskukset ovat vuodesta 2001 lähtien luoneet ja ylläpitäneet koko maan kattavaa alueellista yhteistyörakennetta sosiaalialan perus- ja erityisosaamisen edistämiseksi, sekä sosiaalialan alueellista yhteistyötä erityispalvelujen ja asiantuntijapalvelujen turvaamiseksi. Osaamiskeskukset ovat toimineet sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman alueellisten johtoryhmien ohella kansallisen kehittämissuunnitelman alueellisina koordinoijina ja verkostojen kokoajina. Verkostomainen ja monialainen työskentelytapa on tukenut sekä sosiaalialan tutkimusta ja kehittämistä että sosiaalialan tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteyttä muihin aloihin. Sosiaalialan osaamiskeskukset ovat olleet aloitteellisia myös yhteistyön käynnistämässä perusterveydenhuollon kehittämissuunnitelman kanssa.

THL toteutti perusterveydenhuollon kehittämistoiminnan kartoituksen vuosina 2008–2009. Selvityksessä (Simo Kokko, Eija Peltonen & Virpi Honkanen: Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja, Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä, THL; Avauksia 13/2009.) todetaan, että perusterveydenhuollon kehittämistoiminnassa on syntynyt jo 2000-luvun aikana useanlaisia toimijoita ja verkostoja, jotka on syytä ottaa kehittämistoiminnan olemassa olevina tai kehittyvinä rakenteina

huomioon. Näitä ovat Rohto-keskuksen verkosto, yliopistojen yleislääketieteen laitokset ja osassa sairaanhoitopiirejä toimivat perusterveydenhuollon tai yleislääketieteen yksiköt, ammattikorkeakoulut, Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksen koordinoima Akateeminen terveyskeskus -verkosto, suurimpien kaupunkien omat kehittämisyksiköt sekä sosiaali- ja terveyspiireiksi luokiteltavat palveluorganisaatiot (Päijät-Häme, Itä-Savo, Etelä-Karjala ja Kainuu). Selvityksessä todettiin, että perusterveydenhuollon alueelta ei puutu kehittämistoimijoita. Toimijat ovat osaksi alueellisesti verkotuneita, osaksi niillä on omat erikseen muodostetut verkostonsa. Mukana on myös paljon varsinkin itsenäisesti toimivia vahvoja palvelujärjestelmän toimijoita, kaupunkeja ja kuntayhtymiä. Päätelmänä todettiin, että uusien verkostojen muodostamisen asemesta pitäisikin ehkä kehittää tapoja ja tekniikoita virittää olemassa olevaa aktiivisuutta toimimaan entistä päämäärätietoisemmin ja myös siten, että hyvät ja toimivat ratkaisut ja käytännöt voisivat levitä sekä verkostoituneita rakenteita pitkin että myös koko perusterveydenhuollon kenttään.

Kunta- ja palvelurakennemuutuksen käytännön toteuttamista ja toimeenpanoa on katsottu voitavan parhaiten edistää ja tukea ohjelmajohtamisen avulla. Kaste-ohjelmaa luotaessa tavoitteena oli koota sosiaali- ja terveydenhuollon hajanaista kehittämistoimintaa ja muodostaa ymmärrettävä ja hallittava sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kokonaisuus. Tarkoituksena oli, että ohjaus perustuisi kansallisesti määriteltyihin selkeisiin ja yhteisiin tavoitteisiin sekä riittävän konkreettisiin keinoihin. Kansallisen kehittämissuunnitelman toivottiin muodostavan myös kuntien suunnasta katsottuna paremmin jäsentyvän kokonaisuuden.

Kaste-ohjelma on osoittautunut onnistuneeksi kehittämisen välineeksi. Ohjelman tavoitteenasettelu on arvioitu oikeaan osuuteksi, ja toimeenpanon ja organisoimien perusrakenteet tukevat eri hallintotasojen ja alueellisten toimijoiden välistä yhteistyötä. Kaste-ohjelma on luonut täysin uudenlaisia kehittämis- ja yhteistyöverkostoja ja vuoro-

vaikutusta etenkin kuntien välille, mutta myös kuntien ja keskushallinnon välille.

Kaste-ohjelmaa koskeva säännöstö on aika uutta ja se toimii hyvin. Aluejohtoryhmät pohjaavat erityisvastuualueisiin, ja tämä aluekoko on koettu sopivaksi. Aluejohtoryhmistä on muodostunut erittäin tärkeä sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen kehittämistoiminnan veturi. Yhteistyö aluejohtoryhmien ja valtakunnan tason toimijoiden välillä on toiminut hyvin ja yhteydet ovat kiinteitä.

Kaste-ohjelman yksi merkittävimmistä vahvuuksista liittyy sen toteutukseen toimijoiden kumppanuutena. Erityisesti viidellä Kaste-alueella toimivien aluejohtoryhmien toiminta on osoittautunut merkittäväksi sosiaaliseksi, alueiden toimijoita uudella tavalla verkostoivaksi innovaatioksi. Aluejohtoryhmien merkittävin tehtävä on ollut laajojen Kaste-hankkeiden koordinointi ja niissä kehitettyjen uusien toimintamallien levittäminen. Ohjelmakauden aikana aluejohtoryhmien rooli on selkiytynyt ja kehittynyt kohti alueen strategisen suunnannäyttäjän roolia. Aluejohtoryhmien toiminnan kehittäminen tähän suuntaan edellyttää myös vahvemman seurantatietopohjan keräämistä muusta alueilla tehtävästä kehittämistoiminnasta ja tietoisuutta koko kuntakentän sosiaali- ja terveyspalveluiden tilasta.

Monilähteyden kehittämisrahoitus ja tutkimus on myös saatava paremmin ohjelman tueksi. Ongelmallisena on koettu muun muassa se, että kehittämishankkeisiin myönnettyä valtionavustusta ei ole voitu käyttää tutkimukseen. Tämä on vaikeuttanut yliopistojen ja korkeakoulujen osallistumista yhteistyöhön.

#### Opetus- ja tutkimustoiminta

Sosiaali- ja terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoimintaa koskevat säädökset ovat erilaisia ja niiden painotukset eroavat toisistaan. Tällä hetkellä ei ole sosiaalihuollon opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen tarkoitettua erityisvaltionosuutta. Sosiaalihuollon erityispalvelujen järjestämisvastuusta ei ole myöskään terveydenhuollon erityisvastuualueita vastaavia säännöksiä.

STM on käynnistänyt hallitusohjelman mukaisesti selvitystyön koko sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden yliopistotasosta, pääsääntöisesti tutkintojen jälkeisten koulutusten korvaamisesta. Tämän lisäksi selvitetään EVO-rahoituksen asema sosiaalisektorin yliopistotasoisien tutkimuksen kehittämisessä. Yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen rahoitusta ei ole tällä hetkellä tarpeen erikseen selvittää, koska terveydenhuoltolain valmisteluun liittyen rahoituksen kohdentamista ja korvausten maksamisen perusteita on juuri uudistettu.

### 3 Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset

#### 3.1 Tavoitteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen perustuu jatkossakin pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelman mukaisesti kuntien toimintaan. Lukumääräisesti suurin osa Suomen kunnista on pieniä, kuntien mediaanikoko on noin 6 000 asukasta, eli puolet kunnista on tätä pienempiä. Pienimmissä kunnissa on alle 1 000 asukasta. Siksi sosiaali- ja terveydenhuolto tulee järjestää kuntien yhteistoimintana. Kuntien yhteistoiminta mahdollistaa myös kattavasti kaikkien palvelujen järjestämisen saman kunnallisen organisaation toimesta. Tällöin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toiminta ja palvelut voidaan toteuttaa parhaiten tavalla, jossa asiakkaiden ja potilaiden erilaiset palvelutarpeet nivotaan yhteen. Samalla palvelut on mahdollista suunnitella ja toteuttaa tavalla, jossa ei synny asiakkaan kannalta ongelmallisia palveluvajeita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään niitä tarvitsevia varten. Sen vuoksi tavoitteena on palvelujen järjestäminen ja tuottaminen asiakaslähtöisesti sekä laadukkaalla ja kustannusvaikuttavalla tavalla. Uudistuksella parannetaan väestön yhdenvertaista pääsyä oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin, vahvistetaan palvelu- ja hoitopolkujen toimivuutta, vähennetään tarpeetonta päällekkäisyyttä sekä puretaan hallinnonalojen välisiä raja-aitoja. Samalla turvataan kuntalaisten oikeus lähipalveluihin.

Palvelurakenneuudistuksen valmisteluun liittyvissä selvityksissä tärkeimpinä korjauskeinoina palvelujen riittämättömyyteen sekä eriarvoisuusongelmiin on ollut pirstaleisen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä integroiminen mahdollisimman laajasti samaan kokonaisuuteen sekä peruspalvelujen että erikoistason palvelujen osalta. Tämä edellyttää järjestämistä vastuussa olevien toimijoiden kantokyvyn merkittävää vahvistamista.

Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erityispalvelujen mahdollisimman laaja järjestäminen yhden vastuutahon toimesta, eli integraatio, perustuu siihen, että näin voidaan turvata parhaiten asiakkaiden ja potilaiden riittävät ja laadukkaat sekä oikea-aikaiset palvelut. Palvelujen järjestäminen yhden vastuutahon toimesta käsittää sekä horisontaalisen integraation (sosiaalihuollon palvelut ja terveydenhuollon palvelut) että vertikaalisen integraation (peruspalvelut ja erityispalvelut). Laaja integraatio turvaa parhaiten sen, että eri toimijoilla on toisaalta edellytykset kantaa vastuu kokonaisuudesta ja samalla niillä ei ole nykyiseen tapaan kannustetta asiakkaiden ja potilaiden siirtämiseen vastuutaholta toiselle.

Laaja vertikaalinen integraatio on uudistuksessa keskeistä saavuttaa siksi, että nykytilanteessa erityisesti sairaanhoitopiirin vastuulla olevan erikoissairaanhoidon ja kuntien vastuulla olevien peruspalvelujen erilainen asema suhteessa kuntien päätöksentekoon on saattanut johtaa kuntayhtymissä toimivan erikoissairaanhoidon vahvempaan resursointiin ja säästöihin perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kokoaminen laajasti samaan vastuorganisaatioon saman johdon ja yhteisen budjetoinnin alle ohjaa rakenneratkaisuna siihen, että vastuunkantajalla on vahva peruste kehittää palvelukokonaisuuden kaikkia osia sekä toiminnallisesti että resursoinnin osalta tasapuolisesti.

Integroidun palvelurakenteen tavoitteena on lisäksi mahdollistaa käytössä olevien voimavarojen vaikuttava ja kustannustehokas hyödyntäminen. Julkisen talouden kestävyysvaive edellyttää, että olemassa olevat palvelut ovat täysimääräisesti käytössä. Mää-

rittelemällä palvelujen järjestämistä vastuun nykyistä suuremmille alueille, voidaan ne suunnitella ja toteuttaa tavalla, joka ottaa huomioon sekä haja-asutusalueiden että taajamien ja keskusten tarpeet. Palvelujen toteuttamisessa ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja sen aiheuttamat kustannukset on merkittävin tekijä. Laajalla väestöpohjalla toteutettavassa palvelujärjestelmässä voidaan ylläpitää ja toteuttaa pientä aluetta helpommin palveluja, joissa sosiaalihuollon tai terveydenhuollon ammattihenkilöiden palveluja on saatavilla paikallista tarvetta vastaavasti vain joinakin päivinä viikoittain tai kuukausittain.

Mahdollisuus järjestää ja toteuttaa palveluja eri tavoin on välttämätöntä sekä taloudellisista että asiakkaiden ja potilaiden tarpeista lähtien. Esimerkiksi väestön ikääntyminen ja maan sisäinen muuttoliike vaikuttavat eri tavoin palvelutarpeeseen. Järjestämällä palvelut nykyistä laajemmalla väestöpohjalla, voidaan myös tasapainottaa erisuuntaisia kehityksiä ja vaikutuksia.

Uudistuksen yhteydessä on huomattava, että rakenteelliset uudistukset luovat vasta pohjan toiminnan tasapuoliselle kehittämiselle koko maassa. Se ei ratkaise kaikkia palvelujen toteutukseen liittyviä ongelmia. Rakenneuudistuksen jatkoksi tarvitaan toiminnallista kehittämistä, jotta ihmisten tarvitsemat palvelut voidaan jatkossa turvata laadukkaasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön tulee olla sellaista, ettei se ohjaa epätarvikemuukaisesti palvelujen järjestämistä ja käyttöä, esimerkiksi maksusääntelyn osalta. Myös lääketieteen kehittyminen ohjaa palvelujen järjestämistä ja kehittymistä: potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoidon ja kalliimpiin palveluihin, kun taas hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jää kapeammalle huomiolle.

### 3.2 Toteuttamisvaihtoehdot

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut voidaan järjestää useilla eri tavoilla. Kuten edellä on todettu muiden Pohjoismaiden malleja kuvaavassa 2.12 luvussa, kussakin maassa on omanlaisensa järjestelmä. Lisäksi jokainen

niistä poikkeaa Suomen kuntapohjaisesta mallista.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamista on selvitetty useassa eri yhteydessä viimeisen kymmenen vuoden aikana. Jäljempänä on lyhyesti tarkasteltu uusimpia selvityksiä ja niissä käsitellyjä vaihtoehtoja.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 asettama työryhmä laati yhdeksän erilaista rakennelinjausta ja lisäksi erilaisia rahoitusmalleja. Näiden pohjalta se esitti muistiossaan (STM raportteja ja muistioita 2011:7) kolme vaihtoehtoista mallia. Yksi niistä perustui nykyiseen kuntarakenteeseen ja kaksi muuta mallia tilanteeseen, jossa olisi selvästi nykyistä vähemmän ja nykyistä suuremmat kunnat. Nykyiseen kuntarakenteeseen perustuvassa mallissa olisi ollut 20–50 perustasosta vastaavaa kuntaa tai aluetta ja viisi erityistasosta vastaavaa aluetta. Mikäli kuntia olisi noin 30–50, voisivat ne järjestää ehdotuksen mukaan perustason palvelut. Erityispalveluista vastaisi tällöinkin viisi erityisvastuualuetta. Kolmannessa mallissa olisi alle 20 kuntaa. Tällöin ne vastaisivat kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollosta. Lisäksi työryhmä tarkasteli erilaisia vaihtoehtoja toiminnan rahoittamiseksi.

Vuonna 2012 asetetun työryhmän tehtävänä oli valmistella ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi sekä valmistella lakia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, rahoittamisesta, kehittämisestä ja valvonnasta. Työryhmä tarkasteli väliraportissaan kolmea erilaista mallia. Loppuraportissaan (STM raportteja ja muistioita 2012:30) työryhmä ehdotti uutta integroitua ja kaksitasoista palvelurakennetta, jossa olisi nykyiseen verrattuna laajempi sosiaali- ja terveydenhuollon perustaso ja tätä täydentävä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen erityisvastuutaso. Työryhmä totesi lisäksi, että sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla tarvitaan riittävää väestöpohjaa ja riittäviä tuotantovolyymejä palvelujen laadun ja turvallisuuden takaamiseksi. Palvelujen järjestäjien riittävät väestöpohjat luovat perustan kansallisesti yhdenvertaiselle palvelujärjestelmälle.

Työryhmän näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen riittävän väestöpohjan tulisi olla kantokykytekijöistä riippuen vähintään 50 000 - 100 000. Muita kantokykytekijöitä ovat järjestäjän taloudellinen kestävyys ja vakaus, osaamisen turvaaminen, henkilöstön saatavuus ja riittävyys sekä infrastruktuuri. Työryhmä ei esittänyt arviota siitä, miten monta aluetta syntyisi edellä todetuilla kriteereillä. Työryhmä ehdotti lisäksi, että tulisi perustaa viisi sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta, joiden tehtäviin kuuluisi työnjako-, koordinaatio-, suunnittelu- ja viranomaistehtäviä sekä velvollisuus sopia kansallisesti määritellyistä vaativan erityistason palveluista ja varmistaa näiden palveluiden saatavuus. Erityisvastuualueiden toimivallan tulisi perustua lainsäädäntöön.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti edellä mainitun työryhmän työn valmistelua täydentämään marraskuussa 2012 selvityshenkilöryhmän Suomen kuntakentän alueellisten erojen ja erityispiirteiden sekä kielellisten olosuhteiden huomioon ottamiseksi. Selvityshenkilöryhmä esitti raportissaan (STM raportteja ja muistioita 2013:7), että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu tulisi siirtää kunnilta sosiaali- ja terveydenhuollon alueille. Samalla sairaanhoitopiirien ja kehitysvammahuollon erityishuoltopiirien kuntaryhtymät purettaisiin ja toiminta organisoitaisiin uudelleen. Suomeen muodostettaisiin ehdotuksen perusteella 34 sosiaali- ja terveysaluetta tai kuntaa, jotka vastaisivat lähes kaikkien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä. Sosiaali- ja terveysalueiden lisäksi selvityshenkilöt ehdottivat viittä sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta, joilla olisi laajaa perustasoa tukevia ja koordinoivia tehtäviä, tutkimusta ja koulutusta. Yliopistosairaalat vastaisivat edelleen vaatimman hoidon tuottamisesta ja osaamisesta viidellä alueella. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten erityisvastuualueiden rakentaminen parantaisi erityisesti sosiaalihuollon erityispalvelujen tilannetta. Sosiaalihuollossa myös erityispalvelujen järjestäminen on nyt pääosin kuntien vastuulla ja niiden saatavuudessa on suuria ongelmia.

Pääministeri Jyrki Katainen asetti huhtikuussa 2013 koordinaatioryhmän valmistelemaan linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon perusratkaisuiksi hallituksen tekemien valtiontalouden vuosien 2014–2017 kehysten pohjalta. Koordinaatioryhmä esitti toukuussa 2013 yksimielisesti sosiaali- ja terveystoimen palvelurakennetta uudistuvassa kuntakentässä koskevan linjauksen.

Koordinaatioryhmän linjausten mukaan lähtökohtana on järjestämismvastuun kokoaminen kattavasti sosiaali- ja terveysalueelle. Sosiaali- ja terveysalueella järjestämismvastuu toteutetaan pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. vastuukunnalla on järjestämismvastuu alueeseen kuuluvien kuntien kaikista kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Poikkeuksena tästä pääperiaatteesta on vähintään noin 20 000–50 000 asukkaan kunnilla oleva oikeus järjestää perustason palvelut. Linjauksen mukaan Metropolialueella lähtökohtana on yleissäännön mukaisesti sosiaali- ja terveysalueen muodostaminen siten, että vastuukuntana on vähintään noin 50 000 asukkaan kunta. Muodostuvan kuntarakenteen pohjalta määritellään erikseen kuntien kanssa käytävien neuvottelujen pohjalta se, miten sosiaali- ja terveysalueet muodostetaan niin että ne ovat sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisen että yhdyskuntarakenteen kannalta tarkoituksenmukaisia kokonaisuuksia.

Lisäksi koordinaatioryhmän linjausten mukaan on viisi sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta, joilla on sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon tehtäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueet ovat oikeushenkilöitä, joilla on lakiin perustuva oikeus ja velvollisuus sitovaan päätöksentekoon toimivaltaansa kuuluvissa asioissa. Erityisvastuualueella ei ole palveluiden järjestämismvastuuta. Erityisvastuualueiden keskeiset tehtävät linjausten mukaan ovat yhdenvertaisuuden turvaaminen erityisesti sosiaali- ja terveysalueiden yhteistyötä vaativissa keskitettävissä palveluissa, päällekkäisyyksien ja kilpavarustelun välttäminen sekä palvelukatveiden tunnistaminen, voimavarojen tarkoituksenmukainen ohjaus sekä tutkimuksen, kehittämisen ja opetuksen alueellinen koordinaatio.

Edellä todettujen vaihtoehtojen lisäksi yhtenä mahdollisuutena on ollut jatkaminen nykyisellä mallilla, jossa vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista on lähtökohtaisesti kunnilla sekä lakiin perustuvilla kuntayhtymillä (erikoissairaanhoido ja kehitysvammaisten erityishuolto). Lisäksi nykymallissa sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto tulee järjestää puitelain perusteella vähintään 20 000 asukkaan suuruisilla yhteistoiminta-alueilla.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmät ovat esittäneet, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismvastuun pitäisi olla nykyistä harvemmillä tahoilla. Nykymallissa järjestämismvastuussa olevia tahoja on noin 200. Osa tarkastelluista ehdotuksista on perustunut ajatukseen siitä, että kuntien lukumäärä vähenisi olennaisesti nykyisestä, mahdollisesti noin 50 tai jopa noin 20 kuntaan. Näin merkittävä kuntien lukumäärän väheneminen ei kuitenkaan ole tällä hetkellä näköpiirissä. Sen vuoksi uudistettava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne perustuu myös jatkossa kutakuinkin nykyiseen kuntarakenteeseen.

Vaihtoehtoina tässä tilanteessa ovat siten lähinnä nykyinen palvelurakenne, sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakenneryhmän ja sen työhön pohjautuneen selvityshenkilöryhmän ehdotus tai jokin kolmas eri valmisteluvaihtoehdot yhdistävä malli. Tällainen kolmas malli on edellä todettu koordinaatioryhmän ehdotus, jonka mukaan järjestämismvastuu olisi pääsääntöisesti maakuntien keskuskaupunkeihin ja yli 50 000 asukkaan kuntiin pohjautuvilla sosiaali- ja terveysalueilla sekä osaksi perustason alueilla.

Koska nykylainsäädännön mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismvastuu on osoittautunut monin tavoin haavoittuvaksi, vaihtoehtoisiksi ovat jääneet selvityshenkilöryhmän ehdotus ja koordinaatioryhmän ehdotus.

Selvityshenkilöiden ehdotuksessa järjestämismvastuu olisi pääosin 34 sosiaali- ja terveysalueella ja osaksi viidellä erityisvastuualueella. Ehdotuksen mukaisten alueiden väestöpohja vaihtelisi 22 000–614 000 asukkaan välillä. Suurimmalla osalla alueista väestöpohja olisi 100 000–300 000 asukasta. Alle 100 000 asukkaan alueita olisi mallissa 15.

Koordinaatioryhmän ehdotus perustuu maakuntien keskustaupunkien ja yli 50 000 asukkaan kuntien pohjalle muodostuviin sosiaali- ja terveysalueisiin siten, että työssäkäyntialueella voi olla vain yksi sosiaali- ja terveysalue. Lisäksi pääkaupungin metropolialueella sosiaali- ja terveysalueet voitaisiin muodostaa pääsäännöstä poikkeavia perustein. Nykyisellä kuntarakenteella sosiaali- ja terveysalueita tulisi 20, mikäli metropolialueelle tulisi vain yksi sosiaali- ja terveysalue. Kuntaliitokset ja metropolialueelle mahdollisesti syntyvät useammat sosiaali- ja terveysalueet voisivat johtaa myös tätä useampiin alueisiin, mutta maksimina voitaneen pitää 30 aluetta. Jokaisen näiden kriteerien mukaisen sosiaali- ja terveysalueen väestöpohja olisi yli 50 000 asukasta.

Koordinaatioryhmän ehdotus mahdollistaa lisäksi perustason alueiden muodostamisen. Niitä voisivat muodostaa vähintään noin 20 000 asukkaan kunnat, mikäli ne nimenomaisesti haluaisivat itse muodostaa perustason alueen. Perustason alueeseen voisi kuulua myös yli 20 000 asukkaan kunnan työssäkäyntialueeseen tai toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluvia pienempiä kuntia. Näidenkin osalta lähtökohtana on, että kunta itse tekee päätöksen siitä, että se haluaa kuulua sosiaali- ja terveysalueen lisäksi perustason alueeseen.

Kumpikin edellä mainittu malli on omalla tavallaan kaksitasoinen. Selvityshenkilöryhmän ehdotus on sitä kokonaisuudessaan, koska palvelujen järjestämisestä vastaisivat sosiaali- ja terveysalueen ja erityistason palvelujen osalta erityisvastuualueet. Koordinaatioryhmän ehdotuksen perusteella järjestelmä on yksitasoinen jos kunta kuuluu vain sosiaali- ja terveysalueeseen. Mikäli kunta kuuluu myös perustason alueeseen, tällöin peruspalvelut järjestäisi perustason alue ja muut palvelut järjestäisi sosiaali- ja terveysalue. Tältä osin malli olisi kaksitasoinen.

Koska koordinaatioryhmän mallin lähtökohtana on selvityshenkilöryhmän ehdotusta laajemmat sosiaali- ja terveysalueet, jotka järjestävät kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut, on uudistuksen valmistelu toteutettu sen mukaisesti. Mallin mukaisilla sosiaali- ja terveysalueilla toteutuu sekä horisontaalinen että

vertikaalinen integraatio. Tämä voivat kuitenkin rikkoa perustason alueet. Arvioitaessa perustason alueiden merkitystä, on otettava huomioon, että ne voivat toteutua vain jos kunnat itse sitä haluavat. Lisäksi perustason alueeseen kuuluvat kunnat ovat myös mukana sosiaali- ja terveysalueessa ja osallistuvat sen päätöksentekoon. Tämä mahdollistaa sen, että näiden kuntien palvelujen toteuttamisessa on varsin pitkälle mahdollista toteuttaa myös vertikaalinen integraatio.

Lisäksi tässä on otettava huomioon, että perustason alueita voi pääsääntöisesti muodostua vain rajatuilla alueilla ja enimmillään niitä voi olla noin 30. Sen vuoksi pääosa kunnista ja väestöstä tulee asumaan kunnissa, joiden palvelut toteutuvat täysin integroidusti.

Koordinaatioryhmän ehdotukseen perustuvan mallin tarkempi kuvaus on jäljempänä luvussa 3.3.

### 3.3 Keskeiset ehdotukset

Järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta

Toteutettavassa uudistuksessa lähtökohtana on järjestämisvastuun kokoaminen kattavasti sosiaali- ja terveysalueelle. Jokaisen kunnan tulee kuulua sosiaali- ja terveysalueeseen. Alueet muodostuvat pääsääntöisesti maakuntien keskustaupunkien ympärille. Maakuntien keskustaupungeja on 18.

Sosiaali- ja terveysalueella järjestämisvastuu toteutetaan pääsääntöisesti niin sanotulla vastuukuntamallilla. Vastuukuntina toimivat maakuntien keskustaupungit. Myös yli 50 000 asukkaan kunnat, jotka ovat työssäkäyntialueen keskuskuntia ja joilla on riittävä kantokyky, voivat toimia vastuukuntina. Lisäksi muut vähintään noin 50 000 asukkaan kunnat voivat järjestää omille asukkaalleen sosiaali- ja terveyspalvelut, jos niillä on riittävä kantokyky. Vastuukuntamallin sijasta sosiaali- ja terveysalueen toiminnasta voi kuntien päätöksellä vastata myös kuntayhtymä, jos mahdollisen vastuukunnan asukasluvuksi olisi alle puolet koko alueen asukasluvusta ja alueen kunnat, mahdollinen vastuukunta mukaan lukien, niin päättävät.

Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnalla on järjestämisvastuu alueeseen kuuluvien kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Vastuukunnassa on toimielin (lautakunta), joka sen alaisena olevan sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisen toimesta järjestää palvelut yhdenmukaisesti kaikkien alueeseen kuuluvien kuntien asukkaille, myös vastuukunnan omille asukkaille.

Poikkeuksena tästä pääperiaatteesta on vähintään 20 000 asukkaan kunnilla oleva oikeus järjestää perustason palvelut asukkailleen ja eräissä tapauksissa myös samaan toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluville alle 20 000 asukkaan kunnille. Perustason alueen hallinto järjestetään aina vastuukuntaperiaatteella, joka toteutetaan samalla periaatteella kuin sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan hallinto.

Alle 20 000 asukkaan kunnat kuuluvat edellä olevan mukaisesti aina johonkin sosiaali- ja terveysalueeseen. Alle 20 000 asukkaan kunnat on myös mahdollisuus olla mukana perustason alueessa, jos kunta kuuluu perustason alueen vastuukunnan työssäkäyntialueeseen, yhtenäiseen yhdyskuntarakennelueeseen tai muuhun toiminnalliseen kokonaisuuteen.

Edellä olevan mukaisesti vain sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnalla tai kuntayhtymällä on järjestämisvastuu ja siihen liittyvä päätösvalta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä.

Järjestämisvastuulla tarkoitetaan oikeudellista ja rahoituksellista vastuuta siitä, että vastuuseen kuuluvat tehtävät tulevat toteutetuiksi lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Sosiaali- ja terveysuudistuksen yhteydessä järjestämisvastuun käsitettä uudistetaan siten, että nämä vastuut erkanevat toisistaan. Kaikilla kunnilla on rahoitusvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisistä palveluista. Sen sijaan vastuu siitä, että palvelut tulevat järjestetyiksi lainsäädännössä edellytetyllä tavalla on sosiaali- ja terveysalueiden vastuukunnilla tai kuntayhtymillä ja osin myös perustason alueiden vastuukunnilla. Rahoitusvastuussa olevat kunnat osallistuvat kuitenkin järjestämisvastuussa olevan vastuukunnan tai kuntayhtymän hallintoon.

Järjestämisvastuuseen ei kuulu velvollisuutta itse tuottaa tai toteuttaa niitä palveluja ja toimintoja, jotka järjestämisvastuu käsittelee. Vastuukunta tai kuntayhtymä voi järjestää palveluja yhteistyössä muiden vastuukuntien tai kuntayhtymien kanssa ja hankkia niitä myös yksityisiltä palvelujen tuottajilta tai kolmannen sektorin toimijoilta.

Jos sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluva kunta tai kuntia on muodostanut perustason alueen, tällöin palvelujen järjestämisvastuu jakautuu alueiden kesken. Perustason alueen järjestämisvastuuseen kuuluvat tehtävät määritellään järjestämislaissa. Näitä tehtäviä ovat sosiaalipalvelujen osalta sosiaalihuoltolain 17 §:n 1 momentin 1-7 kohdassa luetellut yleiset sosiaalipalvelut. Nämä palvelut ovat: 1) sosiaalityö, 2) kasvatus- ja perheneuvonta, 3) kotipalvelut, 4) asumispalvelut, 5) laitoshuolto, 6) perhehoito, 7) vammaisten henkilöiden työllistämistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta. Omaishoidon tuki rinnastuu sosiaalihuoltolain 17 §:n mukaisiin yleisiin sosiaalipalveluihin, joten perustason alue vastaisi myös tämän palvelun järjestämisestä. Lisäksi vanhuspalvelulaissa säädettyjen tehtävien kokonaisuus kuuluisi niin ikään perustason alueen vastuulle, koska vastuu suurimmasta osasta iäkkäiden ihmisten tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä olisi siellä.

Edellä mainittujen sosiaalihuollon palvelujen lisäksi perustason alue vastaisi perusterveydenhuollon järjestämisestä. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö voisi myöntää alueen vastuukunnalle oikeuden järjestää joitakin erikoissairaanhoidon palveluja.

Järjestämisvastuun sisältö määräytyy järjestämislain perusteella. Sama koskee vastuun jakautumista sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden kesken. Alueet eivät voisi sopia keskenään vastuun jakautumisesta toisin. Sen sijaan ne voisivat sopia palvelujen tuottamisesta.

Palvelut tulee järjestää kaikille sosiaali- ja terveysalueeseen ja perustason alueeseen kuuluvien kuntien asukkaille siten, että perustuslain mukainen yhdenvertaisuus toteutuu. Tämä tarkoittaa myös palvelujen alueellisen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamista. Lähipalvelujen turvaamiseksi pe-



rustason alueiden ja sosiaali- ja terveystaluiden tulee laatia suunnitelma niiden toteuttamisesta.

#### Erityisvastuualueet

Lakiesityksen mukaisten erityisvastuualueiden rooli ja tehtävät olisivat olennaisesti erilaisia kuin nykyisten, erityistason sairaanhoidon järjestämisestä vastaavien erityisvastuualueiden. Erityisvastuualueilla olisi sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon tehtäviä. Niillä ei myöskään olisi vastuuta palveluiden järjestämisestä, vaan ne vastaisivat alueellaan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ohjauksesta, suunnittelusta ja yhteensovittamisesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueet olisivat sosiaali- ja terveystaluiden muodostamia kuntayhtymämuotoisia oikeushenkilöitä, joilla olisi sitovaa päätösvaltaa toimivaltaansa kuuluvissa asioissa. Ylintä päätösvaltaa erityisvastuualueella käyttäisi sosiaali- ja terveystaluiden edustajien muodostama yhtymäkokous. Lisäksi erityisvastuualueella olisi hallitus ja tarpeellinen määrä valmisteluelimiä ja asiantuntijahenkilöstöä. Erityisvastuualueita muodostettaisiin viisi. Valtioneuvosto päättäisi erityisvastuualueet ja niihin kuuluvat sosiaali- ja terveystaluet.

Erityisvastuualue perustettaisiin alueen kuntien tekemällä perussopimuksella, jossa sovittaisiin esimerkiksi erityisvastuualueen rahoituksesta. Erityisvastuualueen ohjaus-, suunnittelu- ja yhteensovittamistehtävien hoitamiseksi laissa säädettäisiin erityisvastuualueen toimeenpanosopimuksesta. Sopimuksen valmistelisi ja toimeenpanisi erityisvastuualueen hallitus.

Suomalaisen ja kansainvälisen kokemuksen mukaan on yleistä, että alueiden välille syntyy vaihtelua palveluiden laadussa ja saatavuudessa. Tällainen tilanne ei ole sopuisuudessa perustuslain 19 §:n 3 momentin kanssa, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalut. Tämän vuoksi ehdotetaan, että erityisvastuualue voisi puuttua perustason alueiden ja sosiaali- ja terveystaluiden järjestämisvastuulla olevien palveluiden tuottamiseen palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden

varmistamiseksi. Erityisvastuualueen tulisi estää päällekkäistä toimintaa ja toisaalta varmistaa se, ettei synny palvelukatveja. Erityisvastuualue vastaisi myös sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan sovittamisesta kansallisen tason strategisten linjausten kanssa ja varmistaisi kansallisen ohjauksen toteutumisen toiminnassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman alueellisesta toimeenpanosta vastaavat alueelliset johtoryhmät. Nämä aluejohtoryhmät asettaisi ehdotuksen mukaan jatkossa erityisvastuualue. Erityisvastuualue asettaisi myös terveydenhuollon yliopistollisen tutkimustoimikunnan, jonka tehtävänä olisi muun muassa yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen myönnettävän valtion rahoituksen jakaminen alueellaan.

#### Hallinto

Sosiaali- ja terveystaluiden ja perustason alueiden hallinto järjestetään ehdotuksen mukaan pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Vastuukunnassa on yhteinen toimielin, joka vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön järjestämisestä ja toteutuksesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisorganisaatio toimii tämän yhteisen toimielimen alaisuudessa.

Toimielimen valitsee alueeseen kuuluvien kuntien edustajainkokous. Edustajainkokouksessa kuntien valitsemien edustajien äänimäärä perustuu kuntien asukaslukuun. Edustajainkokouksen tehtävänä on laatia yhteistoimintasopimus, missä määritellään alueen toiminnan keskeiset periaatteet. Lisäksi edustajainkokous valitsee toimielimen jäsenet, hyväksyy vuosittain alueen talousarvion ja toimintasuunnitelman sekä hyväksyy tilinpäätöksen ja päättää vastuuvapauden myöntämisestä toimielimelle.

Säädettävässä järjestämissuunnitelmassa on myös tarkemmat säännökset edustajainkokouksen ja toimielimen tehtävistä sekä taloushallinnosta ja kaksikieliselle alueelle perustettavasta vähemmistökielen jaostosta.

Jos sosiaali- ja terveystaluiden vastuukunnan asukasluku olisi alle puolet koko alueen asukasluvusta, kunnat voivat päättää, että sosiaali- ja terveystaluiden toiminnasta vastaa kun-

tyhtymä. Kuntayhtymään sovelletaan tällöin kuntalain kuntayhtymää koskevia säännöksiä. Perustason alueen toimintaa ei sen sijaan voi järjestää kuntayhtymämallilla.

Erityisvastuualueelle kuuluvista tehtävistä vastaisi erityisvastuualueen kuntayhtymä, johon sovellettaisiin kuntalain kuntayhtymää koskevia säännöksiä, ellei nyt ehdotettavassa laissa toisin säädetä. Kuntayhtymän yhtymäkokouksessa olisivat edustettuina kaikki erityisvastuualueen sosiaali- ja terveysalueisiin kuuluvat kunnat. Yhtymäkokous vahvistaisi erityisvastuualueen toimeenpanosuunnitelman, jossa sovitaan erityisvastuualueen tehtävien toimeenpanosta ja niiden edellyttämistä yhteistyörakenteista.

## Rahoitus

### *Sosiaali- ja terveysalueen ja peruspalvelualueen rahoitus*

Sosiaali- ja terveysalueen jäsenkunnat rahoittaisivat alueen toiminnan. Esityksen mukaan kunnat voisivat sopia keskenään, miten toiminta rahoitetaan tai millä perusteella jäsenkunnat maksavat vastuukunnalle sen järjestämistä palveluista. Kunnat voisivat tällöin valita alueelle parhaiten sopivan rahoitusmallin.

Sopimuksen hyväksymisen tai muuttamisen ei tarvitse tapahtua yksimielisesti. Kuntalain (365/1995) 79 §:ssä 1 momentissa on säädetty, että kuntayhtymän perussopimusta voidaan muuttaa, jos vähintään kaksi kolmannelta jäsenkunnasta sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Mainittua kuntalain säännöstä ehdotetaan sovellettavaksi myös sosiaali- ja terveysalueiden hallinnossa, ja se ulotettaisiin koskemaan myös sopimuksen hyväksymistä.

Koska on kuitenkin mahdollista, että kunnat eivät pääse asiasta sopimukseen, lakiin esitetään otettavaksi tällaisen tilanteen varalta rahoitusta koskevat säännökset.

Väestön ikärakenteella ja sairastavuudella painotettu kapitaatiomalli on paras vaihtoehto silloin, kun tavoitellaan alueellisesti yhtenäistä, selkeää, yhteisvastuullista, yhdenver-

taista ja oikeudenmukaista, koko alueen yhtenäiseen suunnitteluun ja kehittämiseen perustuvaa kokonaisuutta. Kapitaatio- eli väestömääräpohjaisessa mallissa kunnan maksu määräytyy asukasluvun mukaan (x euroa/asukas). Kapitaatioperiaate voidaan toteuttaa siten, että alueen budjetoidut menot jaetaan kaikkien jäsenkuntien kesken asukasluvun suhteessa. Kun saatua lukua painotetaan väestön ikärakenteella ja sairastavuudella, asukaskohtainen maksu vaihtelee kunnittain kunnan väestön palvelujen tarpeen mukaan. Tämä vastaisi nykyistä valtionosuusjärjestelmää, jossa noin 92 prosenttia valtionosuuden laskennallisista kustannuksista asukasta kohden määräytyy ikärakenteen ja sairastavuuden perusteella.

Kapitaatiomallissa kunnan menot ovat hyvin ennakoitavissa, koska maksu ei riipu kunnan asukkaiden palvelujen käytön määrästä. Menojen kehitystä seurataan alueellisesti ja kuntakohtaiset erot tasoittuvat pitemmän ajanjakson aikana.

Kapitaatiomallin soveltaminen vakiintuneisiin palveluihin voi aiheuttaa merkittäviä muutoksia kuntien nykyisiin menoihin ja muuttaa olennaisesti kuntien keskinäisiä maksuosuuksia. Kapitaatioperusteiseen laskutukseen siirtyminen edellyttääkin kuntakohtaisen vaihtelun vuoksi useamman vuoden siirtymäaikaa, jonka aikana palvelujen tarjonta ja palvelurakenne sopeutettaisiin kunnittain väestön palvelujen tarvetta vastaavaksi. Siirtymäajan pituus voisi olla kolme vuotta.

Jos 20 000 - 50 000 asukkaan kunta toimii vastuukuntana alle 20 000 asukkaan kunnan peruspalvelujen järjestämiseksi, korvaukset tässä vastuukuntamallissa järjestettäisiin myös kapitaatioperusteisesti.

Palvelurakennemuutosten yhteydessä tavoitteena on niin vahvojen kuntien ja sosiaali- ja terveysalueiden muodostuminen, että järjestämisvastuussa olevat tahot pystyvät kantamaan satunnaiset suuretkin kustannusvaihtelut. Näin ollen tällaisten vaihtelujen tasaamiseksi ei ole tarpeen luoda lainsäädännöllä suurten kustannusten tasausjärjestelmää. Kunnat voisivat kuitenkin halutessaan sellaisesta sopia.

*Perustason alueen osallistuminen sosiaali- ja terveysalueen rahoitukseen*

Kunnat, joiden väestöpohja on 20 000–50 000 asukasta, voisivat järjestää itse sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palvelut, joissakin tapauksissa myös peruserikoissairaanhoidon palvelut.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamiseksi tarvittavista sosiaali- ja terveysalueen yhteisistä tehtävistä, kuten infrastruktuurin aiheuttamista kustannuksista ja varalla olosta (johon sisältyy muun muassa päivystys, ensihoito ja poikkeusolovalmiuden ylläpito) edellä tarkoitetut kunnat vastaisivat kapitaatioperiaatteen mukaisesti.

Siltä osin kuin 20 000–50 000 asukkaan edellä tarkoitetut kunnat hankkisivat vain osan tarvitsemistaan palveluista sosiaali- ja terveysalueelta, ne osallistuisivat näiden palvelujen rahoittamiseen suoriteperusteisesti. Laskutus perustuisi tuotantokustannuksiin.

Suoritemallisissa kunnan vuotuinen maksu määräytyy kunnan asukkaiden palvelujen käytön mukaan. Malli toteuttaa aiheuttamisperiaatteen. Kunnan kannalta menojen ennakointi on kapitaatiomallia vaikeampaa, koska kuntalaisten palvelujen käyttöä ja sen kustannusten kokonaismäärää voi olla etukäteen vaikea ennustaa. Sairaanhoitopiireissä suoriteperusteinen korvaus on nykyisin yleinen tapa maksaa palvelujen tuottajalle palveluita. Piirit laskuttavat kuntia tyypillisesti hoitettujen potilaiden määrän ja potilaille tehtyjen toimenpiteiden mukaan. Useimmissa sairaanhoitopiireissä laskutuksessa käytetään diagnoosi- ja toimenpideperusteista drg (diagnosis-related group) -järjestelmää, jossa potilaan hoidon laskutushinta määräytyy hoitotapahtuman tai suoritteen keskimääräisen kustannuksen mukaan. Erikoissairaanhoiton avopalvelujen sekä psykiatrisen hoidon laskutuksessa käytetään yleensä suoritemääriin (esimerkiksi hoitopäivien määrä) perustuvaa järjestelmää.

*Eritysvastuualueiden rahoitus*

Eritysvastuualueiden rahoitukseen, joka tulee sosiaali- ja terveysalueilta, sovellettaisiin

sosiaali- ja terveysalueiden asukasmäärään pohjautuvaa rahoitusmallia.

**Kehittämistoiminta**

Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan tulisi vastata alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä.

Sosiaalialan osaamiskeskusten toiminta ja perusterveydenhuollon yksiköiden toiminta tulisi integroida. Näin vahvistettaisiin tarvittavaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminnan asiantuntemusta alueilla. Yhteen sovittamalla erityisvastuualueella sosiaalialan osaamiskeskusten ja perusterveydenhuollon yksiköiden toimintaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman linjauksia ja muuta kansallista ohjausta, saadaan muodostettua erityisvastuualueetasoinen kehittämisen tukirakenne.

Eritysvastuualueelle asetettaisiin tehtäväksi vastata alueellaan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman toimeenpanosta. Kaste-ohjelman alueellisia johtoryhmiä ei enää asetettaisi sosiaali- ja terveysministeriön toimesta, vaan erityisvastuualueet voisivat päättää Kaste-ohjelman toimeenpanon muodoista. Halutessaan ne voisivat asettaa nykyisenkaltaisia alueellisia Kaste-johtoryhmiä.

**4 Esityksen vaikutukset**

**4.1 Taloudelliset vaikutukset**

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistus ja tarvepainotetun kapitaatorahoituksen käyttöönotto vaikuttavat jossain määrin yksittäisten kuntien sosiaali- ja terveys-toimen kustannuksiin. Useimmissa kunnissa muutokset tulevat olemaan pieniä, mutta joissain tapauksissa menot saattavat kasvaa tai vähentyä merkittävästi. Niiltä osin, kuin kunnat jatkossa maksavat sote-alueelta hankkimistaan palveluista suoriteperusteisesti, rahoitusvastuuseen ei odoteta suuria muutoksia.

Rahoitusvastuun jakautumista sote-alueen kuntien kesken on arvioitu nykyisten kustannustietojen sekä valtionosuuslaskennassa käytettävien tarveperusteiden avulla. Las-

kennallisissa arvioissa ei luonnollisesti päästä käsiksi kaikkiin rahoituksen jakautumiseen vaikuttaviin tekijöihin, mutta keskeisimmät asiat on pystytty ottamaan huomioon. Tarkasteltavat kokonaiskustannukset on saatu laskemalla yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset niistä kunnista, jotka osallistuisivat sote-alueen rahoitukseen tarvepainotetun kapitaatiomallin mukaisesti. Laskennan perusteena on käytetty kuntien toteutuneita menotietoja vuodelta 2011.

Kustannusten jakautumista kuntien kesken on arvioitu valtionosuusperusteissa käytettävien sosiaali- ja terveystoimen laskennallisten kustannusten avulla (ilman lasten päivähoitoa). Laskennallisissa kustannuksissa on huomioitu sekä väestön määrä että valtionosuuksiin vaikuttavat tarvetekijät, joten ne jakautuvat kuntien kesken samalla tavalla

kuin rahoitusvastuu tarveperusteisessa kapitaatiojärjestelmässä. Rahoitusvastuun jakautumista arvioitaessa on oletettu, että kunnat rahoittavat sote-alueen kokonaiskustannukset valtionosuusperusteiden laskennallisten kustannusten mukaisessa suhteessa. Vertaamalla näin laskettua rahoitustaakkaa kunkin kunnan nykyisiin sosiaali- ja terveystoimen kustannuksiin nähdään, tulevatko kustannukset laskemaan vai nousemaan uudistuksen myötä.

## **5 Asian valmistelu**

## **6 Riippuvuus muista esityksistä**

Kohtia 4 - 6 täydennetään myöhemmin virkamies valmisteluna.

## YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

### 1 Lakiehdotusten perustelut

#### 1.1 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä

##### 1 Luku Yleiset säännökset

**1 §. Lain tarkoitus.** Ensimmäisessä pykälässä todetaan lain tarkoitus. Ensisijaisena tarkoituksena on väestön hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtiminen. Tämän toteuttaminen edellyttää monia erilaisia toimenpiteitä. Lähtökohtana on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ylläpito siten, että näihin liittyviä ongelmia syntyisi mahdollisimman vähän. Lain toinen keskeinen tarkoitus on varmistaa ihmisille oikeus laadultaan hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tarvitaan laadukkaita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja näiden palvelujen asianmukaisesta järjestämisestä vastaamaan kykeneviä organisaatioita. Lain tarkoituksena on luoda asianmukaiset edellytykset sille, että koko maassa on saatavilla riittävästi ja yhdenvertaisesti palveluja sekä palveluja tarvitsevien ihmisten tarpeet huomioon ottava palvelurakenne. Samalla palvelurakenteen tulee olla vaikuttava ja kustannustehokas siten, että käytävissä olevilla voimavaroilla pystytään kantamaan vastuu erityislakien mukaisten palvelujen järjestämisestä.

Edellä kuvattujen tavoitteiden toteuttaminen vaatii myös useiden eri tahojen laajaa yhteistyötä. Lain tavoitteena on luoda edellytykset tällaisen yhteistyön syntymiselle sekä alueellisesti että valtakunnallisesti siten, että palvelut muodostavat toiminnallisesti ja rakenteellisesti integroidun kokonaisuuden.

**2 §. Soveltamisala.** Pykälässä säädetään lain soveltamisalasta. Lakia sovelletaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, rahoitukseen, kehittämiseen, ohjaukseen ja valvontaan. Kunnallisella sosiaali- ja terveydenhuollolla tarkoitetaan toimintaa, jonka järjestämisestä ja siihen liittyvästä rahoituksesta vastaa kunnallinen organisaatio, kunta, kuntayhtymä tai muu lakisääteinen kuntien yhteistoimintaorganisaatio.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia säännöksiä on useissa eri laissa, joista osa koskee pelkästään kunnallista toimintaa, osa pelkästään yksityistä toimintaa ja osa sekä kunnallista että yksityistä toimintaa. Kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevien lakien suuresta lukumäärästä johtuen pykälässä ei ehdoteta lueteltavaksi niitä lakeja, joita ehdotettava laki koskee. Pykälän 2 momentin perusteella lakia ei kuitenkaan sovelleta ympäristöterveydenhuoltoon. Ympäristöterveydenhuollon hallinto on juuri uudistettu ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueista annetulla lailla (410/2009). Lain mukaiset yhteistoiminta-alueet ovat aloittaneet toimintansa vuoden 2013 alkuun mennessä.

Ehdotettava laki ei koske Ahvenanmaalla järjestettävää sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Sen järjestäminen kuuluu Ahvenanmaan itsehallinnon piiriin. Ehdotettavan lain 53 ja 57 §:ssä säädetään kuitenkin terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen liittyvistä koulutuskorvauksista. Niitä voidaan maksaa myös Ahvenanmaan maakunnan terveydenhuollon toimintayksiköille. Tämän vuoksi pykälän 3 momentissa todetaan, että lain 53 ja 57 §:iä sovelletaan myös Ahvenanmaan maakunnassa suoritettavaan koulutukseen.

**3 §. Määritelmät.** Pykälässä on määritelty keskeiset laissa käytettävät käsitteet. Sen 1 momentin 1 kohdassa määritellään sosiaali- ja terveysalue. Se on yhden tai useamman kunnan muodostama alue, jolla järjestetään kattavasti sosiaali- ja terveydenhuolto. Tämä käsittelee sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut.

Kohdassa 2 määritellään perustason alue. Myös se muodostuu yhdestä tai useammasta kunnasta, jolla järjestetään perustason sosiaali- ja terveyspalvelut. Näitä perustason palveluja ovat perusterveydenhuolto ja pääosa sosiaalihuoltolain mukaisista tehtävistä ja palveluista. Perustasolla järjestettävät tehtävät ja palvelut on määritelty tarkemmin 11 §:ssä.

Kohdassa 3 määritellään erityisvastuualue. Sillä tarkoitetaan sosiaali- ja terveysalueista

muodostuvaa aluetta, jonka tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan suunnittelu, ohjaaminen ja yhteensovittaminen. Erityisvastuualue ja sen tehtävät on määritelty tarkemmin lain 15 ja 16 §:ssä.

Kohdassa 4 määritellään vastuukunta. Sillä tarkoitetaan kuntaa, joka vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueeseen kuuluville kunnille. Vastuukunta järjestäisi palvelut sekä sosiaali- ja terveysalueella että perustason alueella siten kuin 11 §:ssä säädetään. Vastuukunnasta ja sen hallinnosta säädetään tarkemmin lain 3 luvussa.

Kohdassa 5 on lueteltu maakuntien keskuskaupungit. Keskuskaupungit toimivat sosiaali- ja terveysalueen vastuukuntana, jollei sosiaali- ja terveysalueen hallintoa järjestetä 19 §:n perusteella kuntayhtymämallilla.

Pykälän 2 momentissa todetaan, että se mitä laissa säädetään sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnasta koskee myös kuntayhtymää, joka vastaa sosiaali- ja terveysalueella palvelujen järjestämisestä. Useissa lain pykälissä säädetään tehtävistä ja vastuista, joista sosiaali- ja terveysalueella vastaa joko alueen vastuukunta tai kuntayhtymä. Lakitekstin yksinkertaistamiseksi pykälissä mainitaan tällöin vain sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta. Sille säädettyvät velvoitteet koskevat samoin periaattein myös kuntayhtymää, jollei laissa toisin säädetä. Erikseen säädettyvät poikkeukset liittyvät lähinnä kuntayhtymän muodostamiseen ja hallintoon, jotka määräytyvät pääosin kuntalain ja osaksi järjestämislaissa olevien kuntayhtymää koskevien erityissäännösten perusteella.

**4 §. Sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat.** Pykälän perusteella sosiaali- ja terveysalueella ja perustason alueella on oltava riittävästi voimavaroja järjestämisvastuunsa piirissä olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Vaatimus riittävästä voimavaroista käsittää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen siltä osin kuin se kuuluu alueen vastuulle, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eri tehtävät ja palvelut. Järjestämisvastuussa olevan tahon on myös huolehdittava, että palveluja tuotettaessa käytössä on riittävästi tarvittavan koulutuksen saanutta henkilöstöä. Sen lisäksi muiden toimintaedellytysten, kuten tilojen ja

laitteiden on oltava asianmukaiset. Palvelujen tuotantoa koskeva vaatimus koskee kaikkia niitä palvelujen tuottajia, joita sosiaali- ja terveysalue tai perustason alue käyttää palvelutuotannossaan. Tämän mukaisesti alueen on varmistettava myös ostopalveluja käytettäessä, että niitä tuottavilla yrityksillä ja kolmannen sektorin järjestöillä tai yhdistyksillä on käytössään asianmukainen henkilöstö sekä tarvittavat tilat ja laitteet.

**5 §. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus.** Ehdotettavassa pykälässä on yleinen säännös, jonka perusteella järjestämisvastuussa olevan tahon on huolehdittava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä alueensa kuntien asukkaille yhdenvertaisesti.

Palveluja toteutettaessa on myös edistettävä esteettömyydellä. Palvelujen toteuttaminen esteettömästi mahdollistetaan kaikille palveluja tarvitseville palvelujen piiriin pääsyn ja mahdollisuuden käyttää niitä toimintakyvyn tai terveyden sitä estämättä. Esteetön ympäristö mahdollistaa muun muassa itsenäisen asioimisen henkilöille, jotka huonosti toimivassa ympäristössä olisivat toisten avun varassa. Esteettömyydessä on kyse periaatteesta, jonka mukaan rakennettu ympäristö, palvelut ja viestintä ovat kaikkien saavutettavissa. Ihmisten eliniän pidentessä ja iäkkäiden ihmisten lukumäärän lisääntyessä esteettömyyden merkitys korostuu entisestään elämänlaatua parantavana tekijänä. Esteettömyys lisää eri toimintojen sujuvuutta ja nopeuttaa esimerkiksi ihmisten asiointia ja siirtymistä paikasta toiseen.

Ne palvelut, joita kunnan asukkaille tulee järjestää, määräytyvät erityislakien, kuten sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain, terveydenhuoltolain ja muiden kunnallisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevien lakien perusteella. Pykälän 1 momentissa todetaan lisäksi, että palvelut tulee toteuttaa mahdollisuuksien mukaan lähellä asukkaita. Järjestämisvastuussa olevien sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden tulee tämän mukaisesti huolehtia niin sanottujen lähipalvelujen järjestämisestä. Lähipalvelut ovat merkityksellisiä erityisesti paljon ja säännöllisesti palveluja tarvitseville henki-

löille, joiden on lisäksi vaikea hakeutua etäällä oleviin palveluihin.

Kaikkia palveluja ei ole mahdollista eikä tarkoituksenmukaista hajauttaa ja järjestää lähipalveluina. Tällaisia ovat esimerkiksi harvoin tarvittavat palvelut, jotka edellyttävät erityisosaamista tai kalliita laitteita. Nämä palvelut on perusteltua järjestää keskitetysti. Keskitämisellä voidaan varmistaa palvelujen hyvä laatu sekä myös taloudellisesti järkevä ja kustannustehokas toteuttaminen. Tarkoituksenmukainen keskitäminen voi myös mahdollistaa sen, että palveluja on saatavissa eri puolilla maata.

Pykälän 2 momentissa todetaan, että myös sellaisilla sosiaali- ja terveystaloudella ja perustason alueella oleskelevilla henkilöillä, jotka eivät ole kyseessä olevaan alueeseen kuuluvan kunnan asukkaita, on eräissä tapauksissa lakiin perustuva oikeus saada sosiaali- tai terveydenhuollon palveluja. Esimerkiksi kiireellistä sairaanhoitoa on annettava terveydenhuoltolain 50 §:n perusteella kaikille sitä tarvitseville henkilön kotipaikasta riippumatta. Lastensuojelulain 16 b §:ssä puolestaan säädetään sijoituskunnan velvollisuudesta järjestää palveluja kuntaan sijoitetulle lapselle. Näiden lisäksi EULainsäädäntöön sisältyy velvoitteita, joiden perusteella lähinnä terveydenhuollon palveluja on annettava säännöksen tarkoittamille henkilöille.

**6 §. Palvelujen kieli.** Pykälässä säädetään palveluja järjestettäessä käytettävistä kielistä. Säännöksen lähtökohtana ovat perustuslain ja kielilain säännökset kansalliskielistä, suomen ja ruotsin kielestä, henkilöiden oikeudesta käyttää niitä, sekä hallinnon kielestä. Pykälässä säädetään myös pohjoismaiden kansalaisten, saamelaiden ja vammaisten kielellisistä oikeuksista. Myös muita kieliä puhuvien tarve saada käyttää omaa kieltään otetaan huomioon pykälässä.

Pykälän 1 momentin mukaan palvelut on järjestettävä suomeksi ja ruotsiksi silloin kun sosiaali- ja terveystaloudella tai perustason alueella on erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia. Jos alueen kaikki kunnat ovat yksikielisiä, järjestetään palvelut ja niihin liittyvä hallinto alueen kuntien kielellä. Jos alueella on erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia, on hallinto ja

palvelut järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi. Oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kieliain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä.

Vaikka alue olisi yksikielinen, asiakkaalla ja potilaalla on oikeus käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada asiakirjat omalla kielellään silloinkin kun se on toinen kuin alueen kieli.

Lainkohdassa on myös viittaus saamen kielilakiin, jossa säädetään oikeudesta käyttää saamen kieltä. Oikeus saamen kielen käyttöön koskee saamelaiden kotiseutualuetta. Kotiseutualueesta on säädetty saamelaiskäräjistä annetun lain (974/1995) 4 §:ssä. Alueeseen kuuluvat Enontekiön, Inarin ja Utsjoen kunnat sekä osa Sodankylän alueesta.

Pykälän 2 momentissa säädetään Pohjoismaiden kansalaisten oikeudesta käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Alueen on tällöin mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun. Pohjoismaiden kansalaisten oikeus käyttää omaa äidinkieltään perustuu Pohjoismaiden sosiaaliturvasopimuksen (SopS 69/1996) 5 artiklaan.

Pykälän 3 momentissa todetaan kielellisiin oikeuksiin liittyvänä informaationa Kansaneläkelaitoksen velvollisuus järjestää tulkkauspalvelua kuulo- ja kuulonäkövammaisille sekä puhevammaisille henkilöille. Näistä palveluista säädetään vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta annetussa laissa (133/2010).

## 2 Luku **Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen**

Lain 2 luvussa säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Luvun säännöksissä määritellään muun muassa ne kunnalliset organisaatiot, joilla on vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, järjestämisvastuussa olevien tahojen määräytymisen periaatteet sekä järjestämisvastuun jakautuminen organisaatioiden kesken.

**7 §. Sosiaali- ja terveysalue ja perustason alue.** Pykälässä määritellään se, miten kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ja siihen kuuluvien palvelujen järjestämisvastuu toteutetaan. Ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi on sosiaali- ja terveysalueita. Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sosiaali- ja terveysalueeseen. Sosiaali- ja terveysalueella vastuu alueeseen kuuluvien kuntien ja niiden asukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä on alueen vastuukunnalla tai kuntayhtymällä. Järjestämisvastuuseen sisältyy sekä lakisääteisten palvelujen että eri viranomaisvelvoitteiden toteuttaminen ja hoitaminen. Näistä velvoitteista, niiden sisällöstä ja toteuttamisen eri vaihtoehdoista säädetään tarkemmin nyt säädettävässä järjestämislaissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä.

Pykälän 2 momentin mukaan eräät kunnat voivat kuulua sosiaali- ja terveysalueen lisäksi myös perustason alueeseen lain 8 §:ssä säädettyin perustein. Perustason alue on kuitenkin poikkeus pääsäännöstä, jonka mukaan ensisijaisena lähtökohtana on julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kattavasti sosiaali- ja terveysalueen toimesta. Tällaisessa tilanteessa järjestämisvastuu jakautuu sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen kesken siten kuin lain 11 §:ssä säädetään. Vastuu palvelujen järjestämisestä perustason alueella on aina sen vastuukunnalla. Toisin kuin sosiaali- ja terveysalueella, perustason alueen toimintaa ei voi järjestää kuntayhtymämallilla vaikka alueen keskuskunnan asukasluku olisi alle puolet koko alueen asukasluvusta.

**8 §. Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen muodostamisen yleiset edellytykset.** Pykälässä säädetään perusteet sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden muodostamiselle. Sen 1 momentin mukaan lähtökohtana kummassakin on alueellisesti eheä kokonaisuus, joka on samalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta tarkoituksenmukainen kokonaisuus. Alueilla tulee myös olla taloudelliset edellytykset tehtävien hoitamiseksi sekä tarvittava henkilöstö vastuitten hoitamiseksi.

Tarkemmat perusteet alueiden muodostamiseksi ovat 2 momentissa. Sen mukaan sosiaali- ja terveysalueet muodostuvat maakuntien keskuskaupunkien varaan. Lisäksi sosiaali- ja terveysalue voi muodostua vähintään 50 000 asukkaan kunnan pohjalle. Alueeseen kuuluvat lisäksi mainittujen kuntien työssäkäyntialueeseen ja toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluvat muut kunnat.

Perustason alueet muodostuvat 3 momentin mukaan vastaavasti vähintään 20 000 asukkaan kuntien pohjalle. Alueeseen voivat lisäksi kuulua yli 20 000 asukkaan kunnan työssäkäyntialueeseen tai toiminnallisen kokonaisuuteen kuuluvat kunnat. Näillä muilla kunnilla ei kuitenkaan ole velvollisuutta kuulua yli 20 000 asukkaan kunnan muodostamaan perustason alueeseen. Tällaisessa tilanteessa alle 20 000 asukkaan kunnan sosiaali- ja terveyspalvelut järjestää sosiaali- ja terveysalue.

Edellä 1 momentissa tarkoitettu eheä kokonaisuus toteutuu nimenomaan silloin kun sosiaali- ja terveysalue tai perustason alue muodostuu samaan työssäkäyntialueeseen kuuluvista kunnista tai kunnista jotka kuuluvat yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäiseen alueeseen. Molemmat mainitut kriteerit tarkoittavat, että alueen kunnat, niiden talous, elinkeinorakenne ja asukkaat ovat monin tavoin keskinäisessä vuorovaikutussuhteessa, mikä antaa hyvät edellytykset myös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle näiden kuntien ylikunnallisena yhteistyönä.

Momentissa 4 todetun pääsäännön mukaan kullakin työssäkäyntialueella voi olla vain yksi sosiaali- ja terveysalue. Mikäli maakunnan keskuskaupungin työssäkäyntialueella olisi yli 50 000 asukkaan kunta, ei sillä näin ollen olisi oikeutta oman sosiaali- ja terveysalueen muodostamiseen. Kuitenkin pääkaupunkiseudun metropolialueella voitaisiin poiketa tästä periaatteesta siten kuin pykälän 5 momentissa säädetään.

Silloin kun kunta ei kuulu minkään kunnan työssäkäyntialueeseen tai toiminnalliseen kokonaisuuteen, kunnan on 4 momentin mukaan kuuluttava sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen kannalta tarkoituksenmukaisimpaan alueeseen. Tällainen kunta kuuluu aina johonkin sosiaali- ja terveysalueeseen.



Sillä voi myös olla mahdollisuus kuulua perustason alueeseen, jos se on kunnan palvelujen järjestämisen kannalta perusteltua.

Momentissa 5 on lisäksi Uudenmaan maakuntaa koskeva poikkeussäännös, jonka perusteella Uudenmaan maakunnan alueella voidaan poiketa 2 ja 4 momentissa todetuista sosiaali- ja terveysalueiden muodostamiskriteereistä. Uudenmaan maakuntaan kuuluvat Helsingin, Espoon, Vantaan, Kauniaisten, Keravan, Kirkkonummen, Raaseporin, Hangon, Inkoon, Hyvinkään, Nurmijärven, Järvenpään, Tuusulan, Mäntsälän, Pornaisten, Porvoon, Sipoon, Askolan, Loviisan, Lapinjärven, Lohjan, Siuntion, Vihdin, Karkkilan sekä Pukkilan ja Myrskylän kunnat. Näistä kunnista kaikki muut paitsi Pukkilan ja Myrskylän kunnat muodostavat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin.

Uudenmaan maakunnan kunnista metropolialueeseen katsotaan kuuluviksi neljän pääkaupunkiseudun kaupungin Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen lisäksi 10 ympäryskuntaa: Kirkkonummi, Vihti, Pornainen, Nurmijärvi, Hyvinkää, Tuusula, Järvenpää, Mäntsälä, Kerava ja Sipoo. Metropolialue poikkeaa muista Suomen kaupunkiseuduista muun muassa väestöpohjan, työssäkäynnin, asioinnin, julkisen talouden, tulevaisuuden haasteiden sekä palvelujen järjestämisen, kansainvälistymisasteen ja kansantaloudellisen merkityksensä osalta. Metropolialue on työssäkäynnin ja asioinnin näkökulmasta yhtenäistä aluetta, mutta palveluja käytetään jo nyt yli kuntarajojen ja työssäkäynti ja asiointi suuntautuvat merkittävästi myös muualle kuin alueen keskuskuntaan. Nykyisen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin sairaalayksiköiden työnjako ja vakiintunut käyttö samoin kuin kehitysvammaisten erityishuollon järjestämistapa ovat luonteeltaan ylikunnallisia ja ylittävät nykyisten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin sisäisten sairaanhoitoalueiden rajat. Tämän lain yleissäännön mukaan sosiaali- ja terveysalueiden muodostuminen perustuu väestöpohjavaatimuksiin ja työssäkäyntialueisiin. Samojen muodostamisperiaatteiden soveltaminen metropolialueella johtaisi epätarkoituksenmukaisiin, nykytilaan verrattuna hajanaisiin ja siten uudistuksen tavoitteiden vastaisiin ratkaisuihin.

Sen vuoksi erityissääntely sosiaali- ja terveysalueiden muodostamisen osalta metropolialueella ja laajemmin koko Uudenmaan maakunnan alueella on tarpeen.

Pykälän mukaisia alueita muodostettaessa on 6 momentin mukaan otettava huomioon alueen kuntien kielelliset olosuhteet. Tällöin on pyrittävä sellaisiin kielellisesti yhteensopiviin alueisiin, jotka parhaiten turvaavat alueen väestön oikeuden saada palvelut omalla äidinkielellään, suomen tai ruotsin kielellä. Perustuslakivaliokunnan kannanottojenperusteella silloin kun on valittavissa useita sellaisia vaihtoehtoja, jotka turvaavat riittävät ja yhdenvertaiset palvelut, on näistä valittava se, joka parhaiten toteuttaa kielelliset oikeudet.

Pykälän 7 momentin mukaan valtioneuvosto päättää sosiaali- ja terveysalueet, perustason alueet sekä niihin kuuluvat kunnat. Päätöksen tulee perustua edellä todettuihin tekijöihin. Lisäksi kuntia on kuultava ennen päätöksentekoa alueiden muodostamisesta. Alueiden muodostamista koskeva valtioneuvoston päätös on hallintopäätös, joka annetaan kunnille tiedoksi hallintolaisissa säädetyn mukaisesti. Valtioneuvosto voisi päättää päätöksen julkaisemisesta myös Suomen säädöskokoelmassa sen mukaisesti kuin Suomen säädöskokoelmasta annetun lain (188/2000) 6 §:n 2 momentissa säädetään. Päätöksestä saisi valittaa korkeimpaan hallinto-oikeuteen hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetyn mukaisesti.

**9 §. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa.** Sosiaali- ja terveyspolitiikan yksi keskeinen tavoite on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä sosiaalisten ja terveyteen liittyvien ongelmien ehkäisy. Niihin vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon ohella laajasti yhteiskunnan ja siihen liittyen myös kuntien toiminta kokonaisuutena. Ihmisten hyvinvointi ja terveys ovat yhteydessä koulutukseen, liikunta-, ruoka- ja kulttuuripalveluihin, kaavoitukseen, liikennejärjestelyihin sekä moniin muihin kuntien hoitamiin tehtäviin.

Edellä olevan perusteella vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuuluu ensisijaisesti kunnille. Sen vuoksi 1 momentissa säädetään vastuu kuntalaisten hyvin-

voinnin ja terveyden edistämisestä kunnille. Ehdotuksen mukaan jokaisen kunnan on ensinnäkin seurattava asukkaittensa elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä tekijöitä, jotka vaikuttavat niihin. Kunnan tulee myös seurata kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden kehittymistä sekä kunnan toiminnan hyvinvointivaikutuksia ja raportoitava tästä vuosittain kunnanvaltuustolle. Lisäksi kunnanvaltuustolle tulee tehdä kerran valtuustokaudessa hyvinvointikertomus. Kertomukseen kerätään tietoa asukkaiden terveydestä ja hyvinvoinnista ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä kunnan kyvystä vastata näihin tarpeisiin. Tiedot tulee kerätä väestöryhmittäin, mikä mahdollistaa tarvittavien toimien kohdentamisen. Lähtökohtana on, että hyvinvointikertomuksen johtopäätökset toimivat kunnan strategisen suunnittelun perustana.

Pykälän 2 momenttiin sisältyy velvoite asettaa kunnan strategisessa suunnittelussa tavoitteita kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistävästä ja ongelmia ehkäisevästä toimenpiteistä ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista. Tavoitteet perustuvat asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden nykytilaan, paikallisiin olosuhteisiin sekä paikallista toimintaa tukeviin kansallisiin terveyspoliittisiin linjauksiin. Toimeenpano tulisi kytkeä osaksi kunnan toiminnan ja talouden suunnittelua ja päätöksentekoa, ja toimeenpanon seuranta osaksi kunnan kokonaisvaltaisia arviointi- ja seurantajärjestelmiä. Tavoitteet voivat toteutua vain, jos niihin on osoitettu riittävät voimavarat, varmistettu tarvittava osaaminen ja luotu toiminnan seuranta- ja arviointijärjestelmät.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuuluu olennaisena osana myös sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen toimintaan. Sen vuoksi 3 momentissa säädetään alueiden velvollisuudesta huolehtia omissa toiminnassaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä sekä epäkohtien ehkäisemisestä. Lisäksi alueella on velvollisuus antaa alueensa kunnille asiantuntija-apua hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvissä kysymyksissä. Järjestämisvastuun siirtyessä uudistuksen myötä useimmilta kunnilta joko sosiaali- ja terveysalueelle tai perustason alueelle, myös suuri osa tähän asiakokonai-

suuteen perehtyneestä henkilöstöstä siirtyy alueiden palvelukseen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kunnissa on tällä hetkellä säädetty terveydenhuoltolain 11 ja 12 §:ssä. Säännös voidaan kumota tämän lain säätämisen yhteydessä.

Pykälän säännökset koskevat sekä kuntia että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavia sosiaali- ja terveysalueita ja perustason alueiden vastuukuntia. Tarkoituksena on, että säännös kuntien velvoitteesta huolehtia asukkaittensa hyvinvoinnista ja terveydestä otetaan valmisteilla olevaan uuteen kuntalakiin. Samalla voidaan arvioida, tarvitaanko ehdotuksen mukaisia 1 ja 2 momentteja järjestämislaissa, vai riittäisikö kuntalain uudistamisen jälkeen tässä laissa ainoastaan viittaus kuntalakiin otettavaan säännökseen.

**10 §. Järjestämisvastuu.** Järjestämisvastuu määrittää sen, mistä sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen tulee kantaa vastuu. Siihen sisältyy velvoite huolehtia eri laeissa säädettyistä tehtävistä ja niihin liittyen myös velvoite huolehtia näiden tehtävien asianmukaisesta hoitamisesta. Järjestämisvastuu on käsitteenä erotettava palvelujen tuottamisesta. Järjestämisvastuuseen ei automaattisesti sisälly velvoitetta itse tuottaa laissa säädettyjä palveluja, vaan palvelujen tuotanto voidaan yleensä toteuttaa muullakin lainsäädännön mahdollistamalla tavalla.

Pykälän 1 momentissa määritellään järjestämisvastuun sisältö. Se käsittää vastuun lakisäateisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien hoitamisesta. Tällaisia tehtäviä voivat olla esimerkiksi laeissa määritellyt yhteistyövelvoitteet. Järjestämisvastuun ydinaluetta on kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen. Tältä osin järjestämisvastuuseen kuuluu momentin 1 kohdan mukaan vastuu palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta. Yhdenvertainen saatavuus tarkoittaa, että kaikilla palvelua tarvitsevilla tulee olla mahdollisuus saada sitä samojen objektiivisten perusteiden, kuten lääketieteellisten, sosiaalisten ja taloudellisten perusteiden, mukaisesti. Yhdenvertaisuuteen sisältyy myös syrjimättömyys: ihmisiä ei saa syrjiä iän, sukupuolen, etnisen alkuperän tai muunkaan synn perusteella.

Palvelujen laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden ja potilaiden palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, vaikuttavasti, säännösten mukaisesti ja kustannustehokkaasti. Lisäksi järjestämisvastuussa olevan tahon on 2 kohdan mukaan huolehdittava palvelujen asianmukaisesta saavutettavuudesta. Palvelujen saavutettavuus tarkoittaa esimerkiksi, että palvelut tuotetaan maantieteellisesti sellaisessa paikassa, että niitä tarvitsevilla on tosiasiallinen mahdollisuus käyttää niitä. Kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai kotikuntoutusta tarvitsevan henkilön palvelut on vietävä hänen kotiinsa. Kouluterveydenhuollon palvelut tulee pääsääntöisesti järjestää kouluissa. Suun terveydenhuollon palveluihin voidaan tarvittaessa järjestää kuljetus palveluihin tai toteuttaa ne liikkuvilla palveluilla. Neuvolapalvelut on järjestettävä niin, että palvelujen saavutettavuus turvataan perheiden erilaiset elämäntilanteet huomioon ottaen. Muun muassa maantieteellisistä ja asutuksen keskittymisestä johtuen saavutettavuutta ei kuitenkaan ole mahdollista aina toteuttaa täysin yhdenmukaisesti. Sen vuoksi säännöksessä lähdetään siitä, että järjestämisvastuussa olevan tahon on vastattava asianmukaisesta saavutettavuudesta. Etäisyys palveluihin voi vaihdella paikallisten olosuhteiden perusteella myös sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden sisällä. Palvelujen järjestäjän on huolehdittava siitä, että väestöllä on ajantasainen tieto palveluiden tosiasiallisesta saavutettavuudesta, esimerkiksi palvelupisteiden aukioaloajoista ja ympärivuorokautisesta puhelinneuvonnasta.

Momentin 3 kohdan mukaan järjestämisvastuu käsittää palvelujen tarpeen ja määrän määrittämisen. Jotta palvelut voidaan toteuttaa alueen väestön ja muiden palveluihin oikeutettujen tarvetta vastaavasti, on järjestämisvastuussa olevan selvitettävä mitä palveluja alueella tarvitaan ja miten paljon niitä käytetään. Vasta näiden määrittelyjen perusteella voidaan suunnitella ja toteuttaa järjestämisvastuuseen kuuluvat palvelut.

Kuten edellä todettiin, järjestämisvastuu itsessään ei määritä sitä miten palvelut pitää tuottaa. Sen vuoksi 4 kohdassa todetaan, että järjestämisvastuuseen kuuluu myös päättäminen palvelujen tuotantotavasta. Tämä kä-

sittää sen, tuotetaanko palvelut itse vai hankitaanko ne sopimusten perusteella muualta. Lain 12 §:ssä on säädetty tarkemmin siitä, miten palvelujen tuotanto voidaan toteuttaa. Lisäksi tuotantotavasta päättämiseen sisältyy sen ratkaiseminen millaisin eri tavoin palveluja toteutetaan. Kysymykseen voi tulla esimerkiksi valinta avohoidon tai laitoshoidon välillä taikka avohoidon eri toimintamuotojen kesken.

Kohdan 5 perusteella järjestämisvastuuseen sisältyy edellä todettujen tehtävien lisäksi oman toiminnan seuraaminen ja kehittäminen. Lainkohta edellyttää, että järjestämisvastuussa olevan on aktiivisesti seurattava palvelujen laatua ja määrää, toteutuvatko ne vaatimusten ja tarpeen mukaisesti. Toiminnan asianmukainen järjestäminen edellyttää myös sen jatkuvaa kehittämistä ja tarvittavin osin myös valvontaa. Valvonta kattaa sekä oman toiminnan että sopimusjärjestelyihin perustuvien, muiden tuottamien palvelujen asianmukaisuuden valvonnan. Järjestämisvastuussa olevan sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen velvollisuudesta kehittää toimintaa on säännös lain 46 §:ssä ja velvollisuudesta laatia omavalvontaohjelma 14 §:ssä.

Pykälän 2 momentin perusteella järjestämisvastuuseen sisältyy myös julkisen toimivallan käyttö. Tällaisia tehtäviä, jotka edellyttävät virkasuhteessa olevan henkilön tekemää päätöstä tai toimintaa, on säädetty useissa eri laeissa, kuten tartuntatautilaissa, mielenterveyslaissa ja lastensuojelulaissa.

**11 §.** *Järjestämisvastuun jakautuminen sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen välillä.* Sosiaali- ja terveysalueen tehtäviin kuuluvat 1 momentin mukaan kaikki lakisäätiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja tehtävät. Näitä ovat muun muassa sosiaalihoitolain, kehitysvammaisten erityishuolosta annetun lain, vammaispalvelulain, vanhuspalvelulain, päihdehuoltolain, toimeentulotukilain, terveydenhuoltolain, tartuntatautilain ja mielenterveyslain sekä muiden kunnalliselle sosiaali- tai terveydenhuollolle velvoitteita säätävien lakien mukaiset tehtävät ja palvelut.

Pykälän 2 momentin mukaan, jos sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluu perustason alue,

sen vastuukunnalla on sosiaali- ja terveysalueen sijasta järjestämisvastuu sosiaalihuollosta ja perusterveydenhuollosta.

Sosiaalihuollon osalta järjestämisvastuu käsittää lähtökohtaisesti kaikki ne tehtävät, joista kunnan on huolehdittava sosiaalihuoltolain 13 §:n mukaan. Kunnan sosiaalihuoltoon kuuluvat tehtävät ovat 1) sosiaalipalvelujen järjestäminen, 2) toimeentulotuen antaminen, 3) sosiaaliavustusten suorittaminen, 4) ohjauksen ja neuvonnan järjestäminen sosiaalihuollon ja muun sosiaaliturvan etuudesta ja niiden hyväksikäytöstä, 5) sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan tiedotustoiminnan järjestäminen, 6) sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestäminen sekä 7) sosiaalisen luoton myöntäminen asukkailleen. Säännöksen 3 ja 6 kohdilla ei ole tässä yhteydessä merkitystä, sillä sosiaaliavustusten suorittaminen on siirtynyt Kansaneläkelaitoksen vastuulle eikä enää kuulu kunnan sosiaalihuoltoon, ja säännöksen 6 kohdassa mainituista tehtävillä säädetään ehdotetun lain 46 §:ssä erikseen.

Lisäksi sosiaalihuoltolain 13 §:n 2 momentissa säädetään niin kutsutusta rakenteellisesta sosiaalityöstä. Sen mukaan kunta on alueellaan velvollinen toimimaan muutoinkin sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja sosiaalisten epäkohtien poistamiseksi.

Sosiaalipalveluista on säädetty sosiaalihuoltolain 17 §:ssä. Pykälän 1 momentissa luetellaan niin kutsutut yleiset sosiaalipalvelut, jotka ovat: 1) sosiaalityö, 2) kasvatusta ja perheneuvontaa, 3) kotipalvelut, 4) asumispalvelut, 5) laitoshuolto, 6) perhehoito, 7) vammaisten henkilöiden työllistämistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta sekä 8) toimenpiteet elatusavun vahvistamiseksi.

Sosiaalihuoltolain 17 §:n 2 momentista ilmenevät ne sosiaalipalvelut, joista säädetään tarkemmin sosiaalihuollon erityislainsäädännössä ja perheoikeudellisessa lainsäädännössä. Sosiaalihuollon erityislainsäädännössä säänneltyjä palveluja ovat: lastensuojelu, kehitysvammaisten erityishuolto, vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet, päihdehuollon palvelut, omais-

hoidon tuki ja kuntouttava työtoiminta. Perhe- ja lapsioikeudelliseen lainsäädäntöön perustuvia sosiaalipalveluja ovat: isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen kuuluvat toimenpiteet, muut lastenvalvojalle säädetyt tehtävät, ottolapsineuvonta, perheasioiden sovittelu sekä lapsen huoltoa ja tapaamisoi-keutta koskevan päätöksen täytäntöönpanossa toimitettava sovittelu.

Sosiaalihuoltoon kuuluisivat myös ne kunnan tehtävät, joista säädetään ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetussa laissa (980/2013) eli niin kutsutussa vanhuspalvelulaissa. Vanhuspalvelulain mukaisia kunnan yleisiin velvollisuuksiin kuuluvia tehtäviä ovat suunnitelman laatiminen ikääntyneen väestön tueksi, palvelujen riittävyyden ja laadun arviointi, huolehtiminen palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta sekä kielellisten oikeuksien toteutumisesta, riittävien voimavarojen varaamisesta, asiantuntemuksen hankkimisesta sekä vanhusneuvoston asettamisesta. Kunnan on myös järjestettävä hyvinvointia tukevia palveluja eli neuvontapalveluja, vastaanottoja, terveystarkastuksia ja kotikäyntejä. Yksilötasolla vanhuspalvelulaissa säädetään kunnan velvollisuudesta muun muassa selvittää ikään henkilön palvelutarpeet, laatia palvelusuunnitelma sekä nimetä vastuutyöntekijä.

Säännöksen mukaan perustason alueen vastuukunta vastaa perusterveydenhuollosta. Perusterveydenhuollon sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa. Perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveysyö. Perusterveydenhuollon palveluja annetaan pääsääntöisesti terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Perusterveydenhuolto on yleisesti kaikkien saatavilla ja muodosta terveysjärjestelmän perustan. Perusterveydenhuollon palvelut toteutetaan lähipalveluina.

Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan tehtäviin kuuluu terveyspalveluista erikoissairaanhoito. Terveyspalvelulain mukaan erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia tervey-

denhuollon palveluja. Erikoissairaanhoito sisältää sairaalan poliklinikalla tehtäviä tutkimuksia ja siellä annettavaa hoitoa, päiväkirurgista erikoissairaanhoidon toimintaa. Erikoissairaanhoito sisältää myös hoitoa, joka koostuu lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen päivystyksestä, vuodeosastohoidosta ja tehohoidosta. Erikoissairaanhoitoon kuuluu myös ammattitautien ja työperäisten sairauksien tutkiminen, diagnosointi ja hoito.

Sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys kuuluisi kuitenkin aina sosiaali- ja terveysalueen järjestämisvastuulle. Ympärivuorokautinen sosiaalipäivystys on pyritty jo nykyisin järjestämään keskitetysti. Päivystyksen järjestämisellä sosiaali- ja terveysalueen kautta voidaan turvata päivystyksen sujuminen myös lomakoina sekä yhteistyö terveydenhuollon päivystyksen kanssa. Terveydenhuollon päivystyksestä säädetään tarkemmin Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä (652/2013). Perusterveydenhuollon päiväaikainen päivystys olisi säännöksen mukaan mahdollista järjestää perustason alueella.

Lailla voidaan lisäksi säätää muista tehtävistä, joiden järjestämisvastuu kuuluu perustason alueen vastuukunnan sijasta sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnalle. Tämä mahdollistaa sen, että jatkossa muun lainsäädännön muutosten tai kokonaan uusia lakeja laadittaessa voidaan tehdä uusia määrittelyjä ilman että järjestämislakiin on tarpeen tehdä muutosta. Sosiaalihuollon lainsäädäntö on uudistumassa ja siinä voidaan määritellä sosiaali- ja terveysalueen vastuulle kuuluvia palveluja. Erityislailla säädetäviä sosiaali- ja terveysalueen vastuulle kuuluvia palveluja voisivat olla esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden palvelut, jotka järjestettäisiin toiminnallisena kokonaisuutena. Koska kansallisen seulontaohjelman toimeenpano edellyttää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä, seulontojen järjestämisvastuu voitaisiin säätää terveydenhuoltolailla kuuluvaksi sosiaali- ja terveysalueen vastuulle.

Pykälän 3 momentissa säädetään poikkeus 1 ja 2 momentissa olevaan pääsääntöön. Ehdotuksen mukaan perustason alue voisi järjestää myös erikoissairaanhoidon palveluja, jos sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt luvan siihen. Lupa voidaan myöntää vain ennen kuin perustason alue aloittaa toimintansa.

Luvan tarkemmista ehdoista säädetään ehdotettavan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain voimaantulon annettun lain 13 §:ssä. Säännöksen lähtökohtana on, että perustason alueen vastuukunta voi saada luvan erikoissairaanhoidon järjestämiseksi vain, jos sen käytettävissä on erikoissairaanhoidon toteuttamiseksi asianmukaiset tilat ja varustus. Lisäksi perustason alueen palveluksessa tulee olla toiminnan edellyttämä henkilöstö. Vaatimus omasta henkilökunnasta tarkoittaa samalla, että lainkohdan tarkoittamaa erikoissairaanhoitoa ei voi järjestää ostopalveluna. Käytännössä säännös koskee tilanteita, joissa uudistuksen voimaantullessa perustason alueella toimii kunnallinen erikoissairaanhoidon palveluja tuottava toimintayksikkö, joka jatkaa toimintaansa osana perustason alueen toimintaa.

Silloin kun perustason alueen vastuukunta on saanut edellä tarkoitettun luvan, sillä on järjestämisvastuu luvan mukaisista erikoissairaanhoidon palveluista. Ministeriön myöntämä lupa on määräaikainen ja sen voi uudistaa. Ministeriön uudistaessa lupaa, voidaan sen sisältöä ja laajuutta muuttaa mikäli siihen on tarvetta. Luvan ehtojen muutoksen tulisi perustua ensisijassa palvelutarpeessa ja palvelujen tarkoituksenmukaisessa järjestämisessä tapahtuneisiin muutoksiin. Ennen kuin luvan uudistamista koskeva asia ratkaistaan, on siitä pyydettävä asianomaisen erityisvastuun alueen lausunto.

Pykälän 4 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen toiminnasta vastuussa olevien vastuukuntien on toimittava yhteistyössä sen varmistamiseksi, että henkilö saa tarvitsemansa palvelut ja tuen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön edellyttämällä tavalla riippumatta siitä, kumpi taho, sosiaali- ja terveysalue tai perustason alue järjestää palvelut. Erityisen tärkeää on huolehtia siitä, että palveluissa ei

ole katkoja silloin, kun henkilö siirtyy sosiaali- ja terveysalueen vastuulla olevista palveluista perustason alueen vastuulla oleviin palveluihin tai päinvastoin. Näissä tilanteissa on varmistettava palvelujen jatkuvuus.

**12 §. Tehtävien ja palvelujen järjestäminen.** Ehdotettu säännös vastaa STVAL 4 §:n säännöstä, jossa määritellään se, miten järjestämissä vastuussa oleva sosiaali- ja terveysalue ja perustason alue voivat toteuttaa vastuulleen kuuluvat tehtävät ja palvelut. Säännöksen perusteella palvelut voidaan tuottaa itse tai yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden kanssa, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai hankkimalla palveluja muualta. Käytettävissä on myös palveluseteli siten kuin siitä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009). Lisäksi pykälän 6 kohdassa todetaan, että palveluja voidaan toteuttaa myös muilla tavoin, jos muualla on säädetty 1 - 5 kohdalla poikkeavista tavoista toteuttaa sosiaali- tai terveydenhuollon tehtäviä ja palveluja.

Joissakin harvinaisissa tai erityisen vaativissa palveluissa sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta voi välttämättömän palvelun saatavuuden varmistamiseksi määrittellä kyseisen palvelun yleistä taloudellista etua koskevaksi palveluksi, eli niin sanotuksi SGEI-palveluksi, ja sen perusteella antaa määräraajaksi julkisen palvelun velvoitteen tietyille tai tietyille toimijoille menettelyä säädettyjä yleisiä periaatteita noudattaen.

**13 §. Yhteistoiminta palvelutuotannossa.** Pykälässä käsitellään sosiaali- ja terveysalueiden vastuukuntien välistä yhteistyötä niiden palvelutuotannossa. Säännöksen 1 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalueiden vastuukunnat voivat sopia yhteistoiminnasta niiden järjestämissä vastuulle kuuluvien palvelujen toteuttamiseksi. Tällaisen palvelutuotannon tulisi perustua erityisvastuualueen toimeenpanosopimukseen, jossa on otettu huomioon koko erityisvastuualueen tarpeet palvelutuotannossa.

Pykälän 2 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuukunnat voisivat sopia alueeseensa kuuluvien kuntien kanssa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta. Vaikka sosiaali- ja terveyspal-

velujen järjestämissä vastuu siirtyy uudistuksessa nykyisiltä kunnilta, kuntayhtymiltä ja yhteistoiminta-alueilta perustettavien sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden vastuukunnille, yksittäisillä kunnilla voi edelleenkin olla sosiaalihuollon tai terveydenhuollon palveluja tuottavia toimintayksiköitä. Näiden toimintayksiköiden tuottamia palveluja voidaan säännöksen perusteella käyttää osana alueen palveluvalikoimaa.

Pykälän 1 ja 2 momentin säännökset mahdollistavat sen, että sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden välillä voidaan sopia niiden itsensä tuottamien palvelujen hyödyntämisestä alueen palvelutuotannossa ilman että palvelujen hankinta pitäisi kilpailuttaa hankintalain edellyttämällä tavalla. Säännökset mahdollistavat näin ollen kunnissa nyt olevan infrastruktuurin ja palveluverkoston täysimääräisen hyödyntämisen mahdollisimman tehokkaasti. Edellytyksenä on kuitenkin se, että sopimuksen mukaisia palveluja ei tuoteta samanaikaisesti avoimille markkinoille.

**14 §. Omavalvontaohjelma.** Pykälän 1 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden pitää laatia omavalvontaohjelma. Omavalvonnalla tarkoitetaan järjestelyä, jonka avulla varmistetaan, että toiminta ja palvelut järjestetään lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Sen tarkoituksena on myös varmistaa toiminnan ja järjestettävien palvelujen suunnitelmallisuus ja korkeatasoinen laatu sekä palveluja käyttävien henkilöiden yhdenvertaisuus. Ehdotettava säännös edellyttää lisäksi, että omavalvontaohjelmassa on todettu miten toiminnan asianmukaisuutta seurataan ja miten mahdolliset puutteet ja virheet korjataan. Toiminnan avoimuuden korostamiseksi ohjelma tulisi julkaista internetissä.

Omavalvontaohjelma korostaa sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden omaa vastuuta toiminnan asianmukaisesta ja laadukkaasta järjestämisestä. Samalla tavoitteena on ehkäistä ennalta tilanteet, joiden perusteella valvontaviranomaisen pitäisi jälkikäteisvalvonnan keinoin puuttua alueen toimintaan.

Omavalvontaohjelmaa osin vastaavia säännöksiä omavalvontasuunnitelmasta on tällä

hetkellä yksityisistä sosiaalipalveluista annettussa laissa (922/2011) ja yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990). Lisäksi terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 §:n perusteella terveydenhuollon toimintayksikön tulee laatia suunnitelma laadusta ja potilasturvallisuuden toimeenpanosta.

Laissa ei määritellä omavalvontaohjelman yksityiskohtaista sisältöä. Pykälän 2 momentin perusteella Valvira voisi tarvittaessa antaa määräyksiä omavalvontaohjelman tarkemmasta sisällöstä ja sen laatimisesta. Kysymykseen tulisivat tällöin määräykset lainsäädännössä jo olevien velvoitteiden huomioon ottamisesta ohjelmassa.

**15 §. Erityisvastuualue.** Pykälän 1 momentissa säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueiden muodostamisen perusteista ja niiden toiminnan tavoitteesta. Erityisvastuualueet muodostuisivat sosiaali- ja terveysalueista. Jokaisella erityisvastuualueella olisi yliopistollinen sairaala. Näin taattaisiin se, että jokaiselta erityisvastuualueelta löytyisi mahdollisimman laaja terveydenhuollon osaaminen ja resurssit ja valmius erityisen vaativiin terveydenhuollon tehtäviin. Sosiaalihuollossa erityisen vaativien palvelujen tuottajina toimivat kuntien ohella kolmannen sektorin toimijat ja valtio. Erityisvastuualueen tulee varmistaa näiden palvelujen saatavuus siitä riippumatta, ovatko nämä palvelut kuntien, valtion tai yksityisten tuottamia. Sosiaali- ja terveysalueiden kuuluminen erityisvastuualueeseen määräytyisi siten, että muodostuisi palvelujen suunnittelun ja järjestämisen kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukainen kokonaisuus.

Erityisvastuualueiden muodostamisesta päättäisi 2 momentin mukaan valtioneuvosto. Valtioneuvoston päätöksestä olisi mahdollista valittaa korkeimpaan hallinto-oikeuteen.

**16 §. Erityisvastuualueen tehtävät.** Pykälässä säädettäisiin erityisvastuualueen tehtävistä. Erityisvastuualueen ohjauksallan tulisi varmistaa valtion keskusohjauksen toteuttaminen alueella, sekä sovittaa ne yhteen alueellisten tarpeiden ja olosuhteiden kanssa. Erityisvastuualueen tulisi pykälän 1 momentin mukaan ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteistä toimintaa sosiaali- ja terveysalueilla ja perustason alueilla siten, että

vältetään päällekkäistä toimintaa ja palvelukatveja, edistetään rajallisten voimavarojen tehokasta käyttöä, ja näin huolehtia siitä, että alueella toteutuu palveluiden kustannustehokkuus, laatu ja yhdenvertainen saatavuus. Erityisvastuualueen tulisi seurata toiminnan jakautumista eri sosiaali- ja terveysalueiden välillä ja eri sosiaalisten ryhmien suhteen. Jos seurannassa havaittaisiin sellaisia eroja, joita ei voida perustella hyväksyttävillä syillä, ja jotka johtaisivat eriarvoistumiseen, erityisvastuualueen tulisi käynnistää alueiden edustajien kanssa neuvottelut niistä toimenpiteistä, joilla yhdenvertaisuus voitaisiin taata.

Erityisvastuualueen tulisi koordinoita alueellaan erityisesti sellaisia palveluita, palvelukokonaisuuksia ja tehtäviä, joihin tarvittavaa osaamista, investointeja, voimavaroja, valmiuden ylläpitoa tai muita edellytyksiä ei ole riittävästi saatavilla kaikilla erityisvastuualueeseen kuuluvilla sosiaali- ja terveysalueilla. Tätä tehtävää toteutettaessa erityisvastuualueella voidaan sopia esimerkiksi sosiaali- ja terveysalueiden yhteisistä hankinnoista, palvelujen ulkoistamiseen liittyvistä periaatteista, henkilöstön rekrytoinneista ja kohdentamisesta sekä palvelujen laadun ja potilasturvallisuuden edistämisen tavoitteista, toimeenpanossa käytettävistä menetelmistä, mittareista ja toteutumisen seurannasta. Erityisvastuualueen tehtävänä olisi myös varmistaa se, että toiminta perustuu tutkittuun tietoon ja että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja kehitetään jatkuvasti. Tässä on keskeistä tukea sellaisia toimintamalleja, joissa kehittäminen on sosiaali- ja terveydenhuollon jokapäiväisen työn luonteva osa.

Lisäksi erityisvastuualueen tulisi huolehtia sosiaali- ja terveysalueiden toiminnan yhteensovittamisesta kansallisen tason ohjauksen kanssa ja varmistaa kansallisen ohjauksen huomioon ottaminen toiminnassa. Tämä tarkoittaisi esimerkiksi sitä, että toiminta olisi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman linjausten, kansallisten hoitosuosituksen ja yhtenäisten hoidon perusteiden mukaista. Erityisvastuualueilla olisi keskeinen rooli kansallisen ohjauksen toteuttamisen varmistamisessa, ja ne huolehtisivat alueillaan kansallisen strategian huomioonottamisesta toiminnan suunnittelussa ja kehit-

tämisessä. Kansallisella tasolla tehdyt linjatukset voivat koskea rajattujen potilas- ja asiakasryhmien palveluita, kuten kansallista syöpäkeskusta ja elinluovutus- ja elinsiirto-toimintaa, mutta usein ne koskevat laajoja toiminnallisia kokonaisuuksia. Kummassakaan tapauksessa yksittäiset sosiaali- ja terveysalueet tai perustason alueet eivät voi toimeenpanna niitä kestäväällä tavalla ilman muiden sosiaali- ja terveysalueiden tai perustason alueiden toiminnan ja yhteisesti käytettävissä olevien voimavarojen huomioon ottamista. Erityisvastuualueen tehtävä on hahmottaa siihen kuuluvien sosiaali- ja terveysalueiden tai perustason alueiden muodostama kokonaisuus ja tunnistaa parhaat tavat kansallisten linjausten toimeenpanoon.

Erityisvastuualueen tulisi pykälän 2 momentin 1 kohdan mukaan varmistaa, että alueella on muodostettu tarvittavat, toimivat yhteistyörakenteet sellaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä, jotka edellyttävät yli alueiden rajojen tapahtuvaa yhteistyötä. Erityisvastuualueen tulee myös jatkuvasti tukea yhteistyötä ja luoda sille edellytykset toimia. Alueet ylittävästä yhteistyöstä ovat esimerkkejä ympärivuorokautiset päivystyspalvelut, sosiaalihuollon kriisipäivystys, tehohoito, selviämisyksikkötoiminta, erityisosaamista edellyttävät konsultaatiopalvelut, keskitetysti ylläpidettävät mielenterveys- ja päihdepalveluiden interventiot, monialaiset vaativat kuntoutustutkimukset ja työkykyseilytykset, erityisosaamista edellyttävien sairauksien- ja vammaryhmien asumis- ja kuntoutuspalvelut, lääkehoito ja kliiniset tukipalvelut (laboratorio- ja kuvantamispalvelut). Myös monet sähköisesti ylläpidettävät hoidolliset ja neuvontapalvelut on tarkoituksenmukaista ylläpitää alueellisesti. Tehtävään kuuluisi myös kieli- ja kulttuurivähemmistöjen palvelujen varmistaminen.

Usean hallinnonalan yhteistyötä vaativien tehtävien osalta erityisvastuualue vastaisi niistä silloin, kun ne kohdistuvat koko erityisvastuualueelle. Erityisvastuualue olisi 2 momentin 2 kohdan mukaan tällöin velvollinen huolehtimaan tehtävien ohjauksesta ja tehtävien hoitamiseksi tarvittavien päätösten tekemisestä ja määräysten antamisesta sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Lainkohdas-

sa tarkoitettaisiin esimerkiksi hätäkeskuslain mukaista viranomaisyhteistyötä, vankiterveydenhuollon yhteistyötehtäviä, yhteistyötä poliisin kanssa hoitoonohjausasioissa (esimerkiksi yhteistyö väkivaltarikin arvioinnissa), taktista (poliisijohtoista) ensihoitoa, oikeushammaslääketieteellisiä tutkimuksia ja ympäristöterveydenhuollon ja muihin poikkeustilanteisiin valmistautumista ja näiden tilanteiden hallintaa.

Pykälän 2 momentin 3 kohdan mukaan erityisvastuualue vastaisi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tai muiden sosiaali- ja terveydenhuollon keskittämistä alueellaan jollekin tai joillekin sosiaali- ja terveysalueille, jos ei ole tarkoituksenmukaista, että niitä tuotettaisiin useammalla sosiaali- ja terveysalueella. Kyseeseen voi tulla sellaisten palvelujen järjestäminen, joita tarvitaan harvoin tai joiden tuottaminen vaatii sellaista erityistä osaamista, jonka ylläpito kaikilla sosiaali- ja terveysalueilla ei ole kustannussyistä tarkoituksenmukaista. Esimerkkeinä erityisvastuualueittain keskitettävistä palveluista voidaan mainita riskiraskauksien ja pikkukeskosten hoito, raskaana olevien vaikeasti päihdeongelmaisten äitien ja heidän perheidensä palvelut, suunnitteilla oleva harvinaisten sairauksien osaamiskeskus, alueellinen syöpäkeskus, lasten oikeuspsykiatriset keskuksat, erityisen vaikeahoitoisten lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon yksiköt (niin kutsutut EVA-yksiköt), lastensuojelun moniammatillinen osaamiskeskus, vaikeavammaisten henkilöiden sosiaalihuollon palvelut ja adoptiovalmennus. Esimerkiksi harvinaiset sairaudet edellyttävät erityistoimia palvelujärjestelmässä, jotta niitä sairastavien oikeus laadukkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen toteutuisi yhdenvertaisesti. Keskittäminen voi olla tarpeen myös palvelun laadun tai turvallisuuden takaamiseksi. Keskittämisessä on otettava huomioon myös kielelliset näkökohdat (kuten esimerkiksi ruotsinkielisen palvelun järjestäminen vammaisille henkilöille). Kaikkein kalleimpien, kapeaa erityisosaamista vaativien ja harvoin tarvittavien palvelujen tuottaminen kaikilla sosiaali- ja terveysalueilla johtaisi niukkojen voimavarojen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Eri-tyisesti on tarpeen jatkossakin keskittää ne



vaativan erityistason palvelut, joiden valtakunnallisesta keskittämisestä on tähän asti säädetty lailla tai asetuksella, mutta joita on tarkoituksenmukaista toteuttaa useammalla erityisvastuualueella (esimerkkinä reumakirurgia ja transsukupuolisten henkilöiden tutkimus ja hoito). Sosiaalihuollossa ei vielä toistaiseksi ole sellaista vakiintunutta palveluiden porrastusta, jota voitaisiin tässä yhteydessä sellaisenaan soveltaa. Edellä tarkoitettut kohdat 1, 2 ja 3 saavat tarkemman sisältönsä sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, kuten terveydenhuoltolakiin, lastensuojelulakiin ja muihin sisältölakeihin tulee tarvittaessa sisällyttää kuvaus siitä, mitä tehtävästä huolehtiminen edellyttää erityisvastuualueelta.

Pykälän 2 momentin 4 kohdan mukaan erityisvastuualue vastaisi osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminnan ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutuksen suunnittelusta ja yhteensovittamisesta. Momentin 5 kohdan mukaan erityisvastuualue vastaisi omalta osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen arvioinnista. Mainittujen yhteensovittustehtävien hoitamiseksi erityisvastuualueen tulisi muodostaa yhteistyörakenteet alueen yliopistojen, ammattikorkeakoulujen, muiden oppilaitosten, perusterveydenhuollon yksiköiden, sosiaalialan osaamiskeskusten, maakunnan liittojen ja työvoimahalinnon kanssa. Yhteistyötä tulisi koordinoita myös valtakunnan tason toimijoiden, kuten terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukseen (Fimea), Työterveyslaitoksen ja Säteilyturvakeskuksen (STUK) kanssa.

Momentin kohdissa 4 ja 5 ”omalta osaltaan” viittaa siihen, että tarkoituksena ei ole siirtää erityisvastuualueelle esimerkiksi sellaisia koulutuksen suunnitteluun liittyviä tehtäviä, jotka kuuluvat selvästi korkeakoulujen ja muiden oppilaitosten päätettäväksi, tai esimerkiksi koulutustarpeen ennakoitettavia, jotka on alueiden kehittämiseksi annettu lailla (1651/2009) säädetty maakunnan liittojen tehtäväksi näiden omilla alueilla. Erityisvastuualueen tehtävänä on huolehtia eri tahojen yhteistyöstä alueellaan niin, että

toiminta tukee lain tavoitteita. Erityisvastuualueen tulee esimerkiksi välittää omalla alueellaan toimiville yliopistoille ja ammattikorkeakouluille tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten muuttuvista osaamistarpeista.

Pykälän 2 momentin 6 kohdan mukaan erityisvastuualueelle tulee perustaa ensihoitokeskus. Erityisvastuualueella tulee sopia sen tehtävien toimeenpanosta. Ensihoitokeskusten perustamis- ja toimeenpanotehtävät siirtyisivät käytännössä nykyisiltä yliopistosairaaloilta erityisvastuualueiden vastuulle. Ensihoitokeskukset voisivat toteutua jonkin yksittäisen sosiaali- ja terveysalueen toteuttamana tai useamman sosiaali- ja terveysalueen yhteisenä toimintana. Sosiaali- ja terveysalue vastaisi ensihoidon järjestämisestä. Erityisvastuualueen toimeenpanosopimuksessa tulee sopia, miten sosiaali- ja terveysalueiden ensihoitopalvelu suunnitellaan ja ensihoidon palvelutaso määritellään yhteistyössä erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen kanssa siten, että ensihoito, mukaan lukien lääkärihelikopteritoiminta, ja ympärivuorokautinen päivystys muodostavat erityisvastuualueella toiminnallisen kokonaisuuden. Viranomaisten välisessä yhteistyössä on tarvittaessa sovittava myös erityisvastuualueen rajat ylittävistä yhteistoiminnasta (esimerkkinä meripelastus ja Rajavartiolaitos). Erityisvastuualueen tehtävänä olisi myös sovittaa yhteen erityisvastuualueen sosiaali- ja terveysalueiden tekemät palvelutasopäätökset siten, että asukkaiden yhdenvertaisuus toteutuu valtakunnallisesti. Erityisvastuualueen olisi määriteltävä yhdessä sote-alueiden kanssa ensihoidon johtokeskukset, joilla on valtion turvallisuusverkon (Tuve) ja kentäjohtamisjärjestelmän (Kejo) käyttövelvoite. Päätöksen valmistelussa olisi otettava huomioon yhteistyö hätäkeskuksen ja muiden turvallisuusviranomaisten kanssa.

Momentin 7 kohdan mukaan erityisvastuualueen tulisi vastata sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan sekä asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittamisesta. Erityisvastuualueen tulee vastata siitä, että alueen sosiaali- ja terveysalueet ja perustason alueet sopivat yhdessä kokonaisarkkitehtuurin tavoitetilasta ja sen toteutuksesta hyödyn-

täen alueiden välistä yhteistyötä, kuten yhteishankintoja ja keskitettyä ylläpitoa. Yhteensovituksessa tulee ottaa huomioon, mitä säädetään julkisen tietohallinnon ohjauksesta annetussa laissa (634/2011), jäljempänä tietohallintolaki. Kokonaisarkkitehtuurissa on otettava huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetun lain (159/2007) ja sähköisestä lääkemääräyksestä annetun lain (61/2007) mukaiset valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut. Tietohallinnon uudistukset olisi sovitettava yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden (Kanta- ja Kansa -palvelut) toteutuksen kanssa. Sosiaali- ja terveysalueiden ja erityisvastuualueiden tiedonhallinnan kokonaisarkkitehtuuri tulisi sovittaa yhteen kansallisten toimijoiden vastuulla olevan arkkitehtuurin kanssa. Näin erityisesti tietohallintolain 4 ja 8 §:ssä tarkoitetuissa asioissa.

Erityisvastuualueen tulisi vastata lisäksi alueensa sosiaali- ja terveysalueiden vastuukuntien asiakas- ja potilasrekisterien toteuttamisen ja käytön ohjeistamisesta ja koordinaatiosta ottaen huomioon mitä rekisterinpidosta ja tietojen käsittelystä laissa säädetään. Tehtävä sisältäisi myös sellaisten tiedonhallinnan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyn kehittämisessä ja hyödyntämisessä tarvittavien tehtävien hoitamisen, joita ei ole tarkoituksenmukaista hoitaa perustason alue- tai sosiaali- ja terveysaluekohtaisesti. Tehtävien sisällöstä ja vastuunjaosta tulee sopia tarkemmin erityisvastuualueen järjestämissuunnitelmassa.

Pykälän 2 momentin 8 kohdan mukaan erityisvastuualueen tulisi vastata sosiaali- ja terveysalueiden valmiussuunnittelun yhteensovittamisesta. Valmiuslain (1152/2011) 12 §:n mukaan kuntien, kuntayhtymien ja muiden kuntien yhteenliittymien tulee valmiussuunnitelmin ja poikkeusoloissa tapahtuvan toiminnan etukäteisvalmisteluun sekä muilla toimenpiteillä varmistaa tehtäviensä mahdollisimman hyvä hoitaminen myös poikkeusoloissa. Kunta- tai sosiaali- ja terveysaluekohtainen valmiussuunnittelu ei ole välttämättä riittävää silloin, kun poikkeustilanteessa tarvitaan laajemman alueen toimijoiden yhteistyötä tilanteen hallitsemiseksi. Valmiu-

den ylläpito suuronnettomuuksien ja eriasteisten poikkeusolojen varalta on tarkoituksenmukaista hoitaa alueellisesti yhteistyössä aluehallintovirastojen kanssa. Valmiussuunnitelmat on sovitettava huolellisesti yhteen yhteistyössä aluehallintovirastojen ja sosiaali- ja terveysministeriön kanssa.

Pykälän 2 momentin 9 kohdassa erityisvastuualueen tehtäväksi säädettäisiin huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman toimeenpanosta alueellaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman tavoitteet asetetaan valtioneuvoston päätöksellä. Siinä myös määritellään ne toimenpiteet, joiden avulla ohjelma toteutetaan. Ohjelmasta säädettäisiin lain 42 §:ssä.

Ohjelman tavoitteista ja toimenpiteistä laaditaan kansallinen toimeenpanosuunnitelma, jonka tavoitteet ja toimenpiteet ovat pääsääntöisesti sosiaali- ja terveysministeriön sekä sen alaisten laitosten vastuulla. Lisäksi on laadittu alueellisen kehittämistoiminnan suunnitelmat. Käytännössä 2 momentin 9 kohdassa tarkoitettu tehtävä sisältäisi keskeisenä osana kansallisen kehittämisohjelman alueellisen toimeenpanosuunnitelman laatimisen.

Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää yhteistyötä valtakunnallisesta kehittämistyöstä vastaavien toimijoiden sekä kuntatoimijoiden välillä. Tavoitteena on luoda edellytyksiä käytännön tarpeista lähtevälle alueiden kehittämis-yhteistyölle, jossa keskeisinä toimijoina ovat perustason alueet, sosiaali- ja terveysalueet, yliopistot, ammattikorkeakoulut, sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitokset, sosiaalialan osaamiskeskukset sekä sosiaali- ja terveysalan järjestöt.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) 2008 - 2011 arvioinnin loppuraportissa (tekijät Kaisa Lähteenmäki-Smith ja Eeva Terävä, STM, Julkaisuja 2012:12) Kaste-ohjelman strategisesti tärkeiksi elementeiksi nimettiin sen aluelähtöisyys sekä eri hallintotasojen välisen vuoropuhelun vahvistaminen ja tämän osalta erityisesti uudenlaisen yhteistyön luominen alueiden ja keskushallinnon välille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtioneuvostuksesta annetun lain

(733/1992) nykyisen 5 a §:n mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voi asettaa alueellisia johtoryhmiä neuvottelukunnan toiminnan tueksi. Tämä lainkohta ehdotetaan kumottavaksi. Erityisvastuualue päättäisi, millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman toimeenpano alueella toteutetaan. Halutessaan erityisvastuualue voisi asettaa nykyistä alueellista johtoryhmää vastaavan ryhmän tätä tehtävää varten.

Alueellisten johtoryhmien puheenjohtajat ovat nykyisin jäseninä valtakunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman johtoryhmässä. Jatkossa on tarkoitus, että erityisvastuualue nimeää edustajansa mainittuun johtoryhmään.

Momentin 10 kohdan mukaan erityisvastuualueen olisi tuettava alueensa kuntia, perustason alueita sekä sosiaali- ja terveysalueita lain 9 §:ssä tarkoitetuissa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevilla tehtävillä. Erityisvastuualueen olisi esimerkiksi varmistettava toimeenpanosopimuksessaan tarvittava alueellinen yhteistyö ja sovittava koko erityisvastuualuetta koskevan yhteistoiminnan vastuutahoista.

Momentin 11 kohdassa erityisvastuualueen veloitteeksi säädettäisiin vastata hyvinvointi- ja terveysseurantatietojen analysoinnista ja hyödyntämisestä. Erityisvastuualueen tulisi vastata tiedon ja tietämyksen levittämisestä alueellaan eri toimijoiden välillä. Erityisvastuualueella tulisi sopia myös tiedon hyödyntämisen menettelyistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämisen ja toiminnan johtamisen tarpeisiin. Tiedon hyödyntämiseksi sitä tulisi levittää alueen perustason alueille ja sosiaali- ja terveysalueille, mutta myös kunnille niillä olevan yleisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistehtävän toteuttamisen tueksi. Hyvinvointi- ja seuranta-tietojen lähteitä on useita. Tietoja keräisivät perustasolla kunnat, perustason alueet ja sosiaali- ja terveysalueet. Sosiaali- ja terveys-toimessa tulee hyödyntää muun muassa potilasiasiamiesten ja sosiaaliasiamiesten raportteja. Keskitetystä tiedon keräämisestä vastaavat muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Tilastokeskus.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin saamenkielisen väestön palvelutarpeiden eri-

tyispiirteiden huomioon ottamisesta erityisvastuualueiden toiminnassa. Lainkohdan mukaan sen erityisvastuualueen, johon kuuluvat saamelaiskäräjistä annetun lain 4 §:ssä tarkoitetun saamelaisten kotiseutualueen kunnat, tulee tehtäviään hoitaessaan ottaa erityisesti huomioon saamenkielisen väestön palvelutarpeet, sekä huolehtia saamenkielisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvän, pohjoismaiden rajat ylittävän yhteistyön edistämisestä. Perustason alueiden ja sosiaali- ja terveysalueiden vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä käsittää aina saamen kielilain huomioon ottamisen palveluja tarjottaessa. Ehdotettavan lain 6 §:n 1 momentissa on viittaus mainittuun lakiin. Lakiesityksellä halutaan kuitenkin tukea saamelaisten mahdollisuutta vaikuttaa heille suunnattujen palvelujen toteuttamiseen, järjestämistapoihin ja palvelujen sisältöihin niin, että heidän kielensä lisäksi otetaan huomioon myös kulttuurin ylläpitäminen ja kehittäminen saamelaisten keskeisillä asuin-alueilla.

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus saa sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta annetun asetuksen (1411/2001) 4 §:n mukaan erityistä valtionavustusta saamenkielisen väestön palvelutarpeiden huomioon ottamiseksi tarpeellisiin tehtäviin. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen erityistehtäviä ovat saamelaisten hyvinvointipalvelujen kehittäminen, eli saamelaiserityisten ja saamenkielisten palveluiden turvaaminen sekä saamen kieleen ja kulttuuriin pohjautuvien palveluiden kehittäminen. Saamelaisyksikkö sijaitsee Saamelaiskäräjien yhteydessä Enontekiöllä. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus olisi 16 §:n 3 momentissa tarkoitetun erityisvastuualueen luonteva yhteistyötaho lainkohdassa tarkoitetuissa tehtävissä.

### 3 Luku **Hallinto**

#### *Sosiaali- ja terveysalue ja perustason alue*

**17 §.** *Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen hallinto.* Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden hallinnosta. Sen 1 momentin perus-

teella järjestämisvastuu on alueen vastuukunnalla. Vastuukuntamallin sijasta sosiaali- ja terveysalueen toiminnasta voi vastata kuntayhtymä lain 19 §:ssä säädetyin perustein. Perustason alueen hallinto järjestetään aina vastuukuntamallilla.

Vastuukunnassa on alueeseen kuuluvien kuntien yhteinen toimielin, joka vastaa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä ja taloudenhoidosta sekä niihin liittyvistä asioista. Toimielimen alaisuudessa ovat sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnosta, tehtävistä ja palveluista vastaavat viranomaiset, henkilöstö ja toimintayksiköt. Toimielimen tehtävänä on huolehtia siitä, että kunnalliselle sosiaali- ja terveydenhuollolle eri laeissa säädetyt tehtävät tulevat asianmukaisesti hoidetuiksi alueen kaikissa kunnissa.

Pykälän 2 momentissa säädetään siitä, miten alueen vastuukunta määräytyy. Sosiaali- ja terveysalueiden vastuukuntina toimivat maakuntien keskuskaupungit. Ne on määritelty lain 3 §:n 1 momentin 4 kohdassa. Jos sosiaali- ja terveysalue muodostuu järjestämislain 8 §:n 2 momentissa tarkoitetun vähintään 50 000 asukkaan kunnan pohjalle, vastuukuntana toimii alueen asukasluvultaan suurin kunta.

Perustason alueella vastuukuntana toimii pääsäännön mukaan alueen asukasluvultaan suurin kunta. Perustason alueeseen kuuluvat kunnat voivat kuitenkin sopia, että vastuukuntana toimii jokin muu kunta. Käytännössä sopiminen voinee tulla kysymyksen jos perustason alueeseen kuuluisi kaksi kuta-kuinkin samankokoista yli 20 000 asukkaan kuntaa.

Pykälän 3 momentissa todetaan, silloin kun vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on alueen vastuukunnalla, alueen ylintä päätösvaltaa käyttää lain 20 §:ssä tarkoitettu kuntien edustajainkokous. Lisäksi säännöksessä todetaan, että sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen yhteistoiminnan pääperiaatteet sovitaan kuntien edustajainkokouksen hyväksymässä yhteistoimintasopimuksessa 21 §:n mukaisesti. Vastuukunnassa toiminnan operatiivista johtamisesta vastaa yhteinen toimielin, josta säädetään tarkemmin lain 22 §:ssä.

**18 §. Oikeudellinen ja taloudellinen vastuu.** Ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnosta vastaa 17 §:n mukaan pääsääntöisesti vastuukunta. Vastuukuntamallia ei ole aiemmin sovellettu pakollisena kuntien välisessä lakisääteisessä yhteistoiminnassa. Vapaaehtoisessa yhteistyössä kunnat ovat sopineet yhteistyön ehdoista kuntalain (365/1995) 76 ja 77 §:n mukaisesti. Näissä tilanteissa sovitaan, että yksi kunta hoitaa tehtävää muiden kuntien puolesta. Tällöin myös oikeudellinen vastuu toiminnasta on tehtävää hoitavalla vastuukunnalla.

Kuntien välisessä pakollisessa yhteistyössä, joka hoidetaan vastuukuntamallilla, tilanne poikkeaa merkittävästi nykyisestä kuntien sopimusperusteisesta yhteistyöstä. Sen vuoksi lailla on tarpeen säätää nykyistä tarkemmin kuntien välisen yhteistyön ehdoista. Yksi keskeisistä säädettävistä asioista on oikeudellisen vastuun määräytyminen.

Pykälän 1 momentin mukaan oikeudellinen vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on vastuukunnalla. Tämän mukaisesti esimerkiksi valtion viranomaiset ovat sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvissä asioissa yhteydessä ensisijaisesti vastuukuntaan. Vastuukunnan käytännön toiminnassa asiat ohjautuisivat yhteiselle toimielimelle ja sen alaisuudessa toimivaan hallintoon.

Taloudellinen vastuu toimielimen päätöksistä ja niiden toimeenpanosta määräytyy 2 momentin perusteella siten kuin järjestämislain 25–29 ja 47–51 §:ssä säädetään. Ensin mainituissa pykälissä säädetään toimintaan liittyvästä kirjapidosta, tilinpäätöksestä, toimintakertomuksesta, toimielimen pääomasta ja lainanotosta. Jälkimmäiset säännökset määrittelevät sen, miten kunnat osallistuvat toiminnan rahoitukseen. Näiden säännösten tarkempi sisältö on todettu asianomaisten pykälien yksityiskohtaisissa perusteluissa.

**19 §. Kuntayhtymä.** Pykälässä säädetään perusteista, joiden tulee täytyä, jotta kunnat voivat päättää, että sosiaali- ja terveysalueen toiminnan järjestämisestä vastaa kuntayhtymä eikä vastuukunta. Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan alueen keskuskunnan asukasluvun on oltava alle puolet koko alueen asukasluvusta. Jos alueen keskuskunnan asukasluku on yli 50 prosenttia koko alueen

asukasluvusta, alueen kunnat eivät voi sopia että kuntayhtymä vastaa palvelujen järjestämisestä. Keskuskunnalla tarkoitetaan maakunnan keskuskaupunkia ja 8 §:n 2 momentissa tarkoitettua vähintään 50 000 asukkaan kuntaa. Lisäksi 1 momentin 2 kohdassa säädetään menettelystä, jonka mukaisesti kunnat voivat sopia kuntayhtymän perustamisesta alueen järjestämisvastuun toteuttamiseksi. Ehdotuksen mukaan kuntayhtymän perustamisen takana tulee olla vähintään puolet alueen kunnista ja sen lisäksi näissä kunnissa pitää olla vähintään kaksi kolmasosaa koko alueen asukasluvusta.

Pykälän 2 momentin mukaan, jos kunnat ovat sopineet, että sosiaali- ja terveysalueen toiminnasta vastaa kuntayhtymä, näin perustettuun kuntayhtymään sovelletaan kuntalain säännöksiä kuntayhtymän hallinnosta. Niistä voidaan kuitenkin poiketa, jos järjestämislaissa säädetään poikkeus kuntalaista. Lisäksi säännöksessä todetaan, että kuntayhtymän perussopimuksen hyväksymiseen ja muuttamiseen sovelletaan 20 §:n ja 21 §:n 3 momentin säännöksiä vastuukunnan edustajainkokouksesta ja yhteistoimintasopimuksesta. Näiden säännösten perusteella perussopimuksesta päätetään kuntien edustajainkokouksessa, jossa kuntien edustajien äänimäärä perustuu kunnan asukaslukuun.

**20 §. Edustajainkokous.** Sosiaali- ja terveysalueella ja perustason alueella ylintä päätösvaltaa käyttää kuntien edustajainkokous. Pykälän 1 momentin perusteella edustajainkokous päättää sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen yhteistoimintasopimuksesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollolle asetettavista toiminnallisista ja taloudellisista tavoitteista. Edustajainkokous hyväksyy myös vuosittain alueen talousarvion ja toimintasuunnitelman. Talousarvio ja toimintasuunnitelma ovat keskeiset päätökset, jotka ohjaavat 22 §:ssä tarkoitetun vastuukunnan toimielimen päätöksentekoa sen huolehtiessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Edustajainkokous valitsee myös toimielimen. Yhteistoimintasopimuksesta säädetään tarkemmin 21 §:ssä. Toiminnallisissa ja taloudellisissa tavoitteissa määritellään keskeiset periaatteet ja taloudelliset voimavarat, joiden mukaan alueen käytännön toiminnasta vas-

taava vastuukunnan yhteinen toimielin hoitaa sille kuuluvat tehtävät.

Pykälän 2 momentissa säädetään kuntien edustajista ja heidän käytössään olevasta äänimäärästä edustajainkokouksessa. Säännöksen mukaan jokaisella kunnalla on vähintään yksi edustaja kokouksessa. Muutoin edustajien lukumäärää ei säännellä. Kunnat voivat siten päättää montako edustajaa ne valitsevat edustajainkokoukseen. Kokouksessa kunnan edustajien yhteenlaskettu äänimäärä perustuu kunnan asukaslukuun, mikäli kunnat eivät ole erikseen sopineet toisin. Kunnan valitsemien edustajien yhteenlaskettu äänimäärä jakautuu tasan heistä saapuvilla olevien kesken.

Edustajainkokouksen kokoonpanon tulee vastata alueen kuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta alueella vaalilaissa (714/1998) säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti. Tämä voi rajoittaa kuntien mahdollisuutta valita haluamansa edustaja kokoukseen, mikäli poliittisen edustavuuden toteutumista ei muutoin pystytä varmistamaan.

Edustajien äänimäärän perustuminen edellä todetulla tavalla yksinomaan asukaslukuun voi johtaa siihen, että alueen suurimman kunnan valitsemilla edustajilla on yhdessä yli puolet kokouksessa käytettävissä olevista äänistä. Tämän merkitystä voi jossain määrin vähentää se, että muista kuntien yhteistoimintaelimistä saatujen kokemusten perusteella edustajat ryhmittyvät ja äänestävät usein enemmän puolue ryhmän kuin kotikunnan mukaan.

Pykälän 3 momentissa säädetään edustajainkokouksen päätösvaltaisuudesta. Kokous on päätösvaltainen, jos siellä on edustettuna vähintään kaksi kolmannelta edustajainkokoukseen osallistuvista kunnista. Lisäksi näiden kuntien asukasluvun on oltava vähintään puolet alueen kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Pykälän 4 momentin perusteella edustajainkokouksen toimintaan, päätöksentekomenettelyyn ja sen päätösten muutoksenhakuun sovelletaan kuntalain 7 ja 11 luvuissa olevia säännöksiä.

**21 §. Yhteistoimintasopimus.** Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuu-

kunnan järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteossa ja toteuttamisessa noudatettavan yhteistoiminnan keskeiset periaatteet sovitaan alueen kuntien edustajainkokouksen päättämässä yhteistoimintasopimuksessa. Pykälän 1 momentin 1 kohdan mukaan yhteistoimintasopimuksessa on sovittava 20 §:ssä tarkoitetun edustajainkokouksen ja 17 §:ssä tarkoitetun toimielimen päätöksenteon järjestämisestä. Kohdan 2 mukaan sopimuksessa on määräykset edustajainkokouksen tehtävistä ja toimivallasta. Kohdan 3 mukaan sopimuksessa on määriteltävä kunnan edustajien lukumäärä ja äänivalta edustajainkokouksessa. Kohdan 4 perusteella sopimuksessa on oltava säännökset toimielimen jäsenten lukumäärästä ja jäsenten äänivallan perusteista. Kohta 5 koskee sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta ja muita taloutta koskevia asioita. Yhteistoimintasopimuksen voidaan katsoa pitkälti vastaavan kuntalaissa säädettyä kuntayhtymien perussopimusta.

Kuten edellä todetaan, yhteistoimintasopimuksessa on sovittava kuntien edustajien äänivallan määräytymisestä. Lähtökohtana on 20 §:n mukaisesti, että kunnan edustajien yhteenlaskettu äänimäärä perustuu kunnan asukaslukuun. Yhteistoimintasopimuksessa voidaan sopia myös toisin. Siinä voidaan esimerkiksi rajoittaa yhden kunnan edustajien äänivaltaa siten, ettei se ole yli 50 prosenttia. Yhteistoimintasopimuksessa voidaan 2 momentin mukaan myös sopia, että erikseen määräytyissä asioissa tehtävä päätös edellyttää sopimuksen mukaista määräenemmistöä. Määräenemmistösäännös mahdollistaisi, samoin kuin äänivallan rajoittaminen, sen, että yhden kunnan edustajat eivät saisi määrävää asemaa päätöksenteossa.

Pykälän 4 momentissa säädetään yhteistoimintasopimuksen hyväksymisestä ja muuttamisesta. Säännöksen mukaan sopimus ja sen muutos on hyväksyttävä edustajainkokouksessa. Jos kunnat eivät ole toisin sopineet, sopimuksen hyväksyminen ja muuttaminen edellyttää, että sitä kannattaa yksi tai useampi kunta, joiden asukasluku on vähintään puolet edustajainkokouksessa läsnä olevien edustajien yhteenlasketusta äänimäärästä. Kunnat voivat siten myös sopia, että so-

pimuksen hyväksyminen tai muuttaminen edellyttää esimerkiksi määräenemmistöä.

**22 §. Yhteinen toimielin.** Pykälässä säädetään vastuukunnan yhteisestä toimielimestä ja sen kokoonpanosta. Säännöksen 1 momentin mukaan vastuukunnassa on yhteinen toimielin, joka vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sosiaali- ja terveysalueeseen tai perustason alueeseen kuuluvissa kunnissa. Toimielimen toimikausi on kunnallisvaalikauden pituinen, ellei edustajainkokous ole toisin päättänyt. Toimikausi on sama kuin kuntalain 19 §:ssä säädetään kunnan toimielimen jäsenten toimikaudesta.

Pykälän 2 momentin perusteella toimielimen jäseneksi valittavien henkilöiden on oltava vaalikelpoisia alueeseen kuuluvien kuntien vastaaviin toimielimiin.

Toimielimen kokoonpanon tulee 3 momentin mukaan vastata alueen kuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta alueella vaalilaissa säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti.

Muilta osin vastuukunnan yhteisen toimielimen kokoonpanon on oltava 4 momentin perusteella vastaava kuin kuntalaissa säädetyn kunnan toimielimen kokoonpanon. Lisäksi lainkohdassa todetaan, että toimielimen kokoonpanon tulee olla kuntalain säännösten mukainen.

**23 §. Toimielimen tehtävät.** Pykälässä säädetään vastuukunnan yhteisen toimielimen tehtävistä. Toimielin päättää 1 momentin perusteella lain 10 §:ssä tarkoitetuista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuseen kuuluvista asioista. Päätösten on perustuttava edustajainkokouksen linjaamiin toiminnallisiin ja taloudellisiin tavoitteisiin sekä hyväksytyyn talousarvioon ja toimintasuunnitelmaan.

Kohdan 1 perusteella toimielimen tulee huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteuttamisesta.

Momentin 2 kohdan perusteella toimielimen tulee päättää alueen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä sekä seurata asetettujen tavoitteiden saavuttamista ja raportoida niistä alueen kunnille.

Pykälän 2 momentin perusteella toimielimen tehtävänä on myös valvoa sosiaali- ja

terveysalueen tai perustason alueen etua sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeviin asioissa. Järjestämistä koskeviin asioissa säädetään tarkemmin lain 10 §:ssä. Toimielimen tulee myös edustaa aluettaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvissä asioissa sekä tehdä sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja sen järjestämistä koskevat sopimukset. Tältä osin toimielin on 18 §:n mukaisesti myös oikeudellisessa vastuussa toiminnastaan ja tekemistään sopimuksista.

Pykälän 3 momentin mukaan vastuukunnan kunnanhallituksella ei ole kuntalain 51 §:ssä tarkoitettua oikeutta ottaa pykälän 1 momentissa tarkoitettua asiaa tai toimielimen tai sen alaisen viranomaisen tekemää päätöstä kunnanhallituksen käsiteltäväksi. Otto-oikeuden kieltämisellä varmistetaan, että toimielimen ja sen alaisten viranomaisten toiminta perustuu edustajainkokouksen ja sen valitseman yhteisen toimielimen päätöksiin ja sitä kautta alueeseen kuuluvien kuntien ratkaisuihin. Toimielimen tekemiin muihin päätöksiin sovelletaan kuntalain 51 §:ää, mikäli kunnat eivät ole sopineet toisin yhteistoimintasopimuksessa.

**24 §. Vähemmistökielen jaosto.** Erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävällä sosiaali- ja terveysalueella ja perustason alueella olisi pykälän mukaan oltava toimielimen asettama jaosto, jonka tehtävänä on seurata alueen kielellisen vähemmistön palvelujen saatuutta ja laatua sekä tehdä ehdotuksia palvelujen kehittämiseksi. Jaostolla ei olisi perustason alueita tai sosiaali- ja terveysalueita sitovaa päätösvaltaa. Se antaisi vuosittain kertomuksen vähemmistökielisten palveluiden toteutumisesta alueen toimielimelle. Kertomuksen tarkoituksena olisi antaa toimielimelle tietoa, jota se voisi hyödyntää suunnitellessaan vähemmistökielisten palvelujen toteuttamista.

Jaoston jäseniksi olisi 2 momentin mukaan valittava alueen vähemmistökielistä väestöä edustavia henkilöitä. Vähemmistökielisiä edustajia voitaisiin siis valita muistakin kuin alueen erikielisistä tai kaksikielisistä kunnista.

Pykälän 3 momentissa säädetään saamenkielen jaostosta. Säännöksen perusteella jaos-

to tulee perustaa sellaiselle sosiaali- ja terveysalueelle, johon kuuluu saamelaisten kotiseutualueen kunta. Näitä kuntia ovat Enontekiö, Inari ja Utsjoki. Lisäksi Sodankylän kunnassa sijaitseva Lapin paliskunnan alue kuuluu saamelaisten kotiseutualueeseen.

Jos sosiaali- ja terveysalueen hallinto on järjestetty kuntayhtymämallilla, pykälän mukainen jaosto toimii 4 momentin perusteella kuntayhtymän hallituksen alaisena.

**25 §. Kirjanpitovelvollisuus.** Pykälässä säädettäisiin kirjanpitovelvollisuudesta erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin kirjanpidon eriyttämisestä kunnan kirjanpidossa. Toimielimen toiminta olisi osa kunnan organisaatiota ja sen kirjanpito olisi osa kunnan kirjanpitoa. Toimielin ei siten olisi itsenäinen kirjanpitovelvollinen, vaan kunta olisi kirjanpitovelvollinen kuntalain 67 §:n perusteella myös sosiaali- ja terveydenhuollon osalta.

Liiketapahtumien kirjaaminen asajärjestyksessä muodostaisi toimielimen pääkirjanpidon, joka olisi samalla osa kunnan pääkirjanpitoa. Toimielimen kirjanpito yhdistettäisiin kunnan muuhun kirjanpitoon tilinpäätöksessä ja välitilinpäätöksissä siten, että sisäiset tulot ja menot, sisäiset saatavat ja velat sekä sisäinen omistus ja sisäiset katteet eliminoidaisiin.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin kirjanpitolautakunnan ohjeiden ja lausuntojen soveltamisesta. Kirjanpitolautakunta antaisi ohjeita ja lausuntoja kirjanpitolain (1336/1997) ja kuntalain 68 - 70 §:n soveltamisesta myös sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Toimintaan sovellettaisiin kuntajaoston antamaa yleisohjetta kunnan ja kuntayhtymän liikelaitoksen kirjanpidollisesta käsittelystä.

Taseen muodostamisessa noudatettaisiin kirjanpitolakia ja kirjanpitolautakunnan kuntajaoston antamia ohjeita kirjanpitolain soveltamisesta. Pääperiaatteena olisi, että avava tase muodostettaisiin kunnan merkityistä kirjanpitoarvoista.

**26 §. Toimielimen tilinpäätös.** Pykälässä säädettäisiin toimielimen toiminnan velvollisuudesta laatia erillistilinpäätös.

Pykälän 1 momentin mukaan toimielimen tilikausi olisi kalenterivuosi. Toimielimen

olisi laadittava erillistilinpäätös ja annettava tase kunnan tilintarkastajien tarkastettavaksi ja kunnanhallitukselle yhdisteltäväksi kunnan tilinpäätökseen.

Pykälän 2 momentin mukaan erillistilinpäätöksen tulisi sisältää tase, tuloslaskelma ja rahoituslaskelma ja niiden liitteenä ilmoitettavat tiedot sekä talousarvion toteutumisvertailu ja toimintakertomus. Tilinpäätöksen tulisi antaa oikea kuva toimielimen tulorahoituksen riittävydestä tilikaudella.

Tilinpäätöslaskelmat tulisi laatia noudattaen kirjanpitolautakunnan kuntajaoston liikelaitosta koskevan ohjeen mukaisia tase-, tulos- ja rahoituslaskelmakaavoja ja kuntajaoston antamaa liitetieto-ohjetta. Erillistilinpäätös yhdisteltäisiin kunnan tilinpäätöksessä. Yhdistelyssä toimielimen ja kunnan muiden tehtävien väliset sisäiset tulot ja menot, sisäiset saatavat ja velat sekä sisäinen peruspääomasijoitus ja sisäiset katteet eliminoitaisiin. Yhdistelyssä noudettaisiin kirjanpitolautakunnan kuntajaoston mainittua liikelaitosyleisohjetta.

Pykälän 3 momentin mukaan toimielimen puheenjohtajan olisi allekirjoitettava erillistilinpäätös. Erillistilinpäätöksen hyväksymisestä ja vastuuvapauden myöntämisestä päättää 26 §:n mukaisesti edustajainkokous tilinpäätöksen hyväksymisen yhteydessä. Kunnan tarkastuslautakunnan tehtävänä on kuntalain 71 §:n 2 momentin perusteella valmistella myös sen hallinnon ja talouden

tarkastusta koskevat asiat sekä arvioida, ovatko edustajainkokouksen toiminnalle asettamat tavoitteet toteutuneet.

Tilintarkastaja suorittaa toimielimen toiminnan tarkastuksen osana kunnan tarkastusta. Tilintarkastaja esittää toimielimen toimintaa koskevat kuntalain 73 §:n tarkoittamat lausumat ja kuntalain 75 §:n tarkoittaman muistutuksen kunnan tilintarkastuskertomuksessa.

**27 §. Toimintakertomus ja tilikauden tuloksen käsittely.** Pykälän 1 momentin mukaan toimielimen tulisi toimintakertomuksessa tehdä selkoa talousarviossa asetettujen tavoitteiden toteutumisesta tilikaudella. Toimintakertomuksessa olisi myös annettava tietoja sellaisista talouteen liittyvistä olennaisista asioista, joista ei olisi tehtävä selkoa tulos-

tai rahoituslaskelmassa taikka taseessa. Toimintakertomus olisi osa erillistilinpäätöstä.

Toimielimen olisi myös tehtävä esitys tilikauden tuloksen käsittelystä. Tilikauden tuloksella tarkoitettaisiin tilikauden yli- tai alijäämää ennen varaussiirtoja. Ylijäämäisestä tuloksesta voitaisiin tehdä investointivaraus. Varauksen tekemistä rajoitaisi kunnan kokonaistuloksen kehitys. Tämä tarkoittaisi, että toimielin voisi tehdä varauksen enintään kunnan ylijäämäerien määrään. Ylijäämäeriin laskettaisiin tällöin mukaan kunnan tilikauden yli- tai alijäämä, kunnan edellisten tilikausien yli- tai alijäämä sekä kunnan omat rahastot. Kunnan arvontorotusrahastoa ei laskettaisiin ylijäämäeräksi, koska arvontorotusrahaston pääoman käsitteleminen ylijäämänä tarkoittaisi pysyvien vastaavien arviotujen, mutta vielä realisoitumatta olevien luovutusvoittojen enakkoon tulouttamista ja sitomista varauksiin.

Esityksen investointivarauksesta tekisi toimielin sitä koskevan tilinpäätöksen yhteydessä. Varaussiirroista päättäisi valtuusto tilinpäätöksen hyväksymisen yhteydessä.

Pykälän 2 momentin mukaan sosiaali- ja terveysalueen kuntien tai perustason alueen kuntien edustajainkokous hyväksyy tilinpäätöksen ja myöntää vastuuvapauden toimielimelle. Kunnat voivat myös sopia yhteistoimintasopimuksessa toisin tilinpäätöksen hyväksymisestä ja vastuuvapauden myöntämisestä.

**28 §. Toimielimen oma pääoma.** Pykälässä säädettäisiin kunnan sijoittamasta oman pääomanehtoista pääomasta ja arvontorotusrahastosta sekä pääoman muista eristä.

Pykälän 1 momentin mukaan oma pääoma muodostuisi peruspääomasta, arvontorotusrahastosta sekä oman pääoman muista eristä. Oma pääoma olisi osa kunnan omaa pääomaa. Oman pääoman ryhmittelyssä noudatettaisiin kirjanpitolautakunnan kuntajaoston taseohjeen ja liikelaitosohjeen mukaista tasekaavaa. Kunnan taseohjeen mukaan muun oman pääoman eriä ovat muut omat rahastot, edellisten tilikausien ylijäämä (alijäämä) ja tilikauden ylijäämä (alijäämä).

Pykälän 2 momentin mukaan peruspääoma olisi kunnan omanpääomanehtoisesti sijoittamaa pääomaa. Toimielintä perustettaessa



kunnan siirtämää nettovarallisuutta vastaava pääoma merkittäisiin peruspääomaksi. Nettovarallisuus laskettaisiin vähentämällä toimintaan siirretyistä varoista toimintaan siirretyt velat ja pakolliset varaukset. Osa siirrettävästä pääomasta voitaisiin merkitä myös pitkäaikaiseksi lainaksi kunnalta. Kunnan peruspääoma voisi olla vain vastuukunnan sijoittamaa pääomaa. Muiden sopimuskuntien pitkäaikainen pääomasijoitus tulisi käsitellä vieraan pääomanehtoisena sijoituksena. Näin tulisi menetellä, koska kuntalaissa ei ole säännöstä kunnan asemasta toisen kunnan omistajana.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin myös arvonkorotusrahastosta oman pääoman eränä. Arvonkorotusrahasto muodostuisi kirjanpitolain pysyviin vastaaviin tehdyistä arvonkorotuksista. Kirjanpitolain 17 §:n mukaan arvonkorotuksia voidaan tehdä maa-alueisiin ja pysyvien vastaavien sijoituksiin. Muutoin arvonkorotuksen muodostamisessa ja peruuttamisessa noudatettaisiin kirjanpitolautakunnan kuntajaoston taseohjetta.

Oman pääoman muista eristä ei säädettäisi erikseen, vaan erien sisällössä ja niiden merkitsemisestä taseeseen noudatettaisiin kirjanpitolautakunnan kuntajaoston ohjeistusta. Kuntajaoston taseyleisohjetta ja liikelaitosyleisohjetta soveltaen toimielimen muut oman pääoman erät tarkoittavat muita omia rahastoja, edellisten tilikausien yli- tai alijäämää ja tilikauden yli- tai alijäämää.

**29 §. Lainanotto.** Pykälässä säädettäisiin toimielimen lainanotto-oikeudesta. Pykälän mukaan toimielin päättäisi lainanotosta yhteistoimintasopimuksen määräämissä rajoissa. Toimielimen päätösvaltaa varainhoitovuoden lainanotossa rajoittaisivat myös edustajainkokouksen päättämät toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet.

Toimivaltuudet lainanoton kilpailuttamisessa ja nostojen ajoittamisessa voisivat edelleen olla keskitetyt kunnanhallitukselle tai rahoitusjohdolle, jos menettelyä pidetään tarkoituksenmukaisena. Vastuukunta voisi antaa vieraan pääoman ehtoista rahoitusta toimielimelle. Ulkoisena vieraana pääomana käsitellään myös muita kuin vastuukunnalta saatuja lainoja. Kunnan tilinpäätöksessä toimielimelle annetut vastuukunnan antamat

lainat eliminoidaan sisäisinä saatavina ja velkoina.

**30 §. Toimielintä koskevien säännösten soveltaminen.** Pykälässä säädettäisiin viittaus kuntalain 77 §:ssä säädettyjen yleisten vastuukuntaa koskevien säännöksiä soveltamisesta toimielimeen. Toimielimen päätöksen oikaisuvaatimus- ja muutoksenhakukelpoisuudesta säädettäisiin jäljempänä 73 §:ssä.

### *Erityisvastuualue*

**31 §. Erityisvastuualueen kuntayhtymä.** Erityisvastuualueelle 16 §:n mukaan kuuluvista tehtävistä vastaisi kuntayhtymä, jonka jäseninä ovat erityisvastuualueen kunnat. Erityisvastuualueen kuntayhtymään sovellettaisiin kuntalain kuntayhtymää koskevia säännöksiä, jollei tässä laissa toisin säädetä. Kuntayhtymä perustetaan kuntalain 78 §:n 1 momentin mukaan kuntien välisellä valtuustojen hyväksymällä sopimuksella (perussopimus). Erityisvastuualueen kuntayhtymä perustettaisiin kuntien valtuustojen hyväksymällä perussopimuksella. Perustamissopimuksen tekemisessä noudatetaan kuntalain 78 §:ää, ellei nyt ehdotettavassa laissa jostakin asiasta ole erikseen säädetty. Kuntalain 78 §:n 3 momentin mukaan kuntayhtymän perussopimuksessa on sovittava:

- 1) tavasta, jolla kuntayhtymän päätöksenteko järjestetään;
- 2) kuntayhtymän toimielinten jäsenten tai yhtymäkokousedustajien lukumäärästä ja äänivallan perusteista;
- 3) mahdollisen yhtymäkokouksen tehtävistä ja toimivallasta;
- 4) siitä, mikä kuntayhtymän toimielin valvoo kuntayhtymän etua, edustaa kuntayhtymää ja tekee sen puolesta sopimukset sekä millä tavoin oikeudesta kuntayhtymän nimen kirjoittamiseen päätetään;
- 5) jäsenkuntien osuudesta kuntayhtymän varoihin ja vastuusta sen veloista sekä muista kuntayhtymän taloutta koskevista asioista;
- 6) kuntayhtymästä eroavan jäsenkunnan ja toimintaa jatkavien jäsenkuntien asemasta;
- 7) kuntayhtymän hallinnon ja talouden tarkastuksesta; sekä
- 8) siitä, miten kuntayhtymä puretaan ja loppuselvitys suoritetaan.

Perussopimusta laadittaessa on siis otettava huomioon esimerkiksi se, mitä nyt ehdotetussa laissa säädetään yhtymäkokouksen tehtävistä, yhtymäkokousedustajien lukumäärästä ja äänivallan perusteista sekä erityisvastuualueen hallituksesta ja sen tehtävistä.

Perussopimusta voitaisiin muuttaa kuntalain 79 §:n 1 momentin mukaisesti. Muuttaminen olisi mahdollista, jos vähintään kaksi kolmannelta jäseninä olevista kunnista sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Kuntayhtymämuotoa ehdotetaan sen vuoksi, että erityisvastuualue käyttäisi merkittävää julkista valtaa ja sillä olisi viranomaistehtäviä. Sen tulee olla oma oikeushenkilönsä.

**32 §. Erityisvastuualueen yhtymäkokous.** Pykälän 1 momentin mukaan erityisvastuualueen ylin päättävä toimielin olisi yhtymäkokous. Erityisvastuualueen yhtymäkokouksessa tulisi olla edustettuina kaikki erityisvastuualueen sosiaali- ja terveysalueisiin kuuluvat kunnat. Kuntien edustajien lukumäärä ja äänimäärä yhtymäkokouksessa määräytyisi kunnan asukasluvun perusteella. Jokaisella kunnalla olisi yhtymäkokouksessa vähintään yksi edustaja.

Yhtymäkokous pidettäisiin pykälän 2 momentin mukaan vähintään kaksi kertaa vuodessa, ja se olisi päätösvaltainen, kun kokouksessa on edustettuna vähintään kaksi kolmannelta erityisvastuualueen jäseninä olevien kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Yhtymäkokouksen tehtävänä olisi pykälän 3 momentin mukaan antaa tarpeelliset määräykset erityisvastuualueen tehtäviin liittyvien asioiden valmistelusta ja päätösten täytäntöönpanosta sekä päättää erityisvastuualueen rahoituksesta.

**33 §. Hallitus ja sen tehtävät.** Erityisvastuualueen tehtävien käytännön toimeenpanosta vastaisi 1 momentin mukaan erityisvastuualueen hallitus, jonka erityisvastuualueen yhtymäkokous valitsisi.

Hallituksella olisi tehtäviä, jotka tavanomaisesti kuuluvat kuntayhtymän hallitukselle. Se vastaisi 2 momentin mukaan erityisvastuualueen hallinnosta ja taloudenhoidosta sekä yhtymäkokouksen päätösten valmiste-

lusta, täytäntöönpanosta ja laillisuuden valvonnasta. Hallitus valvoisi erityisvastuualueen etua ja, jollei perussopimuksessa toisin sovittaisi, edustaisi erityisvastuualuetta ja käyttäisi sen puhevaltaa.

**34 §. Hallituksen kokoonpano.** Ylintä toimeenpanovaltaa erityisvastuualueella käyttävän hallituksen kokoonpanon tavoitteena on turvata riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöosaaminen. Pykälässä säädettäisiin erityisvastuualueen hallituksen kahdesta eri kokoonpanosta, joista toinen olisi sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan sekä työvoimatarpeen arvioinnin suunnittelua ja yhteensovittamista koskevia asioita käsittelevä, laajennettu kokoonpano. Kaksijakoisella päätöksentekomenettelyllä varmistettaisiin se, että varsinaista palvelujärjestelmää ja sen rahoittamista koskeva päätöksenteko olisi poliittisesti valituilla alueen edustajilla.

Pykälän 1 momentin mukaan jokaisella sosiaali- ja terveysalueella tulisi olla vähintään yksi edustaja asianomaisen erityisvastuualueen hallituksessa. Säännöksellä varmistettaisiin se, että kukin sosiaali- ja terveysalue, koosta riippumatta, saisi edustuksen erityisvastuualueen hallitukseen. Hallituksen käsitellessä 16 §:n 4 kohdassa tarkoitettuja, sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoimintaa, sekä 16 §:n 5 kohdassa tarkoitettuja työvoimatarpeen arvioinnin suunnittelua ja yhteensovittamista koskevia asioita, siihen kuuluisi 2 momentin mukaan 1 momentissa tarkoitettujen jäsenten lisäksi alueen korkeakoulujen, tutkimus- ja kehittämistoiminnan sekä työvoimahallinnon ja maakunnan liittojen edustajia.

**35 §. Hallituksen toimivaltaisuus.** Erityisvastuualueen hallitus olisi 1 momentin mukaan toimivaltainen, kun sen jäsenistä enemmän kuin puolet on läsnä.

Pykälän 2 momentin mukaan hallituksen toimiessa 34 §:n 2 momentissa tarkoitettussa kokoonpanossa sen toimivaltaisuuden edellytyksenä olisi 1 momentissa säädetyn lisäksi, että sosiaali- ja terveysalueita edustavat läsnä olevat jäsenet yhdessä puheenjohtajan kanssa muodostavat enemmistön. Näin halutaan turvata se, että päätösvalta säilyy viime kädessä kuntatahon edustajilla.

**36 §. Erityisvastuualueen vähemmistökielen toimielin.** Erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia käsittävällä erityisvastuualueella olisi pykälän mukaan oltava hallituksen asettama jaosto, jonka tehtävänä on seurata erityisvastuualueen kielellisen vähemmistön palvelujen saatavuutta ja laatua sekä tehdä ehdotuksia palvelujen kehittämiseksi. Jaostolla voisi olla myös muita erityisvastuualueen määrittämiä tehtäviä. Jaostolla ei olisi perustason alueita tai sosiaali- ja terveysalueita sitovaa päätösvaltaa. Se antaisi vuosittain erityisvastuualueelle kertomuksen vähemmistökielisten palveluiden toteutumisesta erityisvastuualueelle. Kertomuksen tarkoituksena olisi antaa erityisvastuualueelle tietoa, jota se voisi hyödyntää ohjaus-, yhteensovittamis- ja suunnittelutehtävissään.

Toimielimen jäseniksi olisi 2 momentin mukaan valittava erityisvastuualueen vähemmistökielistä väestöstä edustavia henkilöitä. Vähemmistökielisiä edustajia voitaisiin siis valita muistakin kuin alueen erikielisistä tai kaksikielisistä kunnista.

**37 §. Toimeenpanosopimus.** Pykälässä säädettäisiin erityisvastuualueen tehtävien toteuttamiseksi tehtävästä toimeenpanosopimuksesta, sen sisällöstä, valmistelusta ja vahvistamisesta. Toimeenpanosopimuksen on tarkoitus olla pitkäjänteinen ja kuvata erityisvastuualueen pysyväisluonteista toimintaa.

Sopimus laadittaisiin yhdessä erityisvastuualueeseen kuuluvien sosiaali- ja terveysalueiden vastuukuntien kanssa. Sopimuksen vahvistaisi 1 momentin mukaan erityisvastuualueen yhtymäkokous. Toimeenpanosopimuksessa olisi sovittava 16 §:ssä tarkoitettujen tehtävien hoitamisesta, alueen eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden vastuisista siinä, sekä tehtävien hoitamiseksi tarvittavista yhteistyörakenteista.

Toimeenpanosopimuksen valmistelusta ja sen toimeenpanon seurannasta vastaisi 2 momentin mukaan erityisvastuualueen hallitus. Sopimus laadittaisiin neljäksi vuodeksi. Sopimuksen toteutumista olisi arvioitava joka toinen vuosi sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset.

Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin 3 momentin mukaan antaa tarkempia säännök-

siä asioista, joita toimeenpanosopimukseen on sisällytettävä.

**38 §. Erityisvastuualueen toimintasuunnitelma.** Pykälässä säädettäisiin erityisvastuualueen toimintasuunnitelmasta, sen valmistelusta ja vahvistamisesta. Toimintasuunnitelma laadittaisiin vuosittain talousarvion laatimisen yhteydessä. Se toimisi pohjana näin myös erityisvastuualueen taloussuunnittelulle. Toimintasuunnitelma pohjautuisi erityisvastuualueen toimeenpanosopimukseen täydentäen ja tarkentaen sitä.

Pykälän 1 momentin mukaan yhtymäkokous vahvistaisi toimintasuunnitelman. Suunnitelman valmistelusta vastaisi erityisvastuualueen hallitus.

Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin 2 momentin mukaan antaa tarkempia säännöksiä asioista, joita toimintasuunnitelmaan on sisällytettävä.

**39 §. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita ja perustason alueita sitova erityisvastuualueen päätösvalta.** Erityisvastuualueella olisi pykälän mukaan tiettyjen edellytysten täytyessä oikeus puuttua alueeseensa kuuluvan sosiaali- ja terveysalueen tai peruspalvelualueen toimintaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisessa myös sellaisessa asiassa, jossa toimivalta lähtökohtaisesti kuuluu sosiaali- ja terveysalueen tai peruspalvelualueen vastuukunnalle. Pykälällä erityisvastuualueen yhtymäkokoukselle luotaisiin nykyisestä kuntayhtymämerkenteesta poikkeava toimintamahdollisuus. Erityisvastuualueelle annettaisiin oikeus varmistaa, että alueen palvelujärjestelmä on kustannustehokas ja että yhteiskunnan varoja ei tuhjata kilpavarustelulla. Erityisvastuualueen puuttumisella voitaisiin myös estää palvelukatveiden syntymistä. Toimivallalla olisi liityntä kansallisen ohjauksen toteutumisen varmistamiseen alueella etenkin 42 §:ssä tarkoitettun kansallisen kehittämisohjelman toteuttamisessa.

Erityisvastuualueen yhtymäkokouksella olisi pykälän 1 momentin mukaan toimintasuunnitelmaa hyväksyessään oikeus tehdä sosiaali- ja terveysalueiden sekä peruspalvelualueiden vastuukuntia sitovia päätöksiä tilanteissa, joissa tehtävä ratkaisu on merkittävä koko erityisvastuualueen kannalta, jolla estetään päällekkäistä toimintaa, edistetään

rajallisten voimavarojen hallintaa, tai joissa on varmistettava palveluiden yhdenvertainen saatavuus, ja joiden osalta erityisvastuualueeseen kuuluvien sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden vastuukunnat eivät ole päässeet sopimukseen.

Erityisvastuualue voisi käyttää päätösvaltaansa sosiaali- ja terveysalueeseen tai peruspalvelualueeseen nähden tilanteissa, joissa palvelun järjestäminen edellyttää kalliita investointeja, kyseessä on harvinaisen sairauden, terveysongelman, vamman tai sosiaalisen ongelman hoitaminen, vaikeasta ongelmien kasautumisesta johtuva tilanne, tai vaativaa moniammatillista ryhmätyöskentelyä ja erityisosaamista edellyttävä tehtävä. Lisäksi alueella olevan kapasiteetin jo ylittäessä tai uhatessa ylittää merkittävästi palvelujen tarpeen, voitaisiin lainkohdan nojalla puuttua kapasiteetin lisäämiseen. Erityisvastuualueen puuttumisella tulisi saavuttaa todettavissa olevia keskittämisetuja, kuten palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten merkittävä väheneminen tai muu tähän verrattavia mittakaavaetu, taikka palvelujen laadun tai asiakas- ja potilasturvallisuuden paraneminen.

Perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen palvelujen järjestämiseen voitaisiin puuttua myös silloin, jos havaittaisiin, ettei alueella ole hoidettu lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä palvelutarpeen ja lainsäädännön vaatimusten mukaisesti.

Lähtökohtana päätösvallan piiriin kuuluvissa asioissa on, että ne valmistellaan yhdessä, neuvotellen. Erityisvastuualueen olisi 2 momentin mukaan pyrittävä järjestämään asia ensisijaisesti neuvottelemalla kyseessä olevien sosiaali- ja terveysalueiden tai perustason alueiden vastuukuntien kanssa.

**40 §. Erityisvastuualueen talousarvio.** Pykälässä säädettäisiin erityisvastuualueen talousarvion hyväksymisestä. Talousarvion hyväksyisi yhtymäkokous. Yhtymäkokouksen tulisi varata erityisvastuualueeseen kuuluvien sosiaali- ja terveysalueiden toimielmille mahdollisuus lausua talousarvioesityksestä ja alustavasta toimintasuunnitelmasta.

#### 4 Luku **Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen**

**41 §. Yleinen ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen.** Pykälän 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Ministeriö vastaa strategisesta suunnittelusta ja siihen liittyvästä suunnittelusta. Tähän kuuluu muun muassa 42 §:ssä säädetyn kansallisen kehittämisohjelman valmistelu. Ministeriö vastaa myös hallinnonalallaan lainsäädännön ja valtion talousarvion valmistelusta.

Osana edellä tarkoitettua tehtäväänsä sosiaali- ja terveysministeriön tulisi laatia sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukuntaa kuullen pitkän aikavälin strategiset linjaukset, jotka ohjaavat palvelurakenteen kehittämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen valtakunnallisen kehittämisen ja ohjauksen keskeisenä tavoitteena olisi päällekkäisen toiminnan välttäminen, rajallisten voimavarojen tehokkaan käytön varmistaminen ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisen toteutumisen turvaaminen kansallisesti. Valtakunnallisen ohjauksen välineillä vahvistettaisiin perustason toimintaa ja ohjattaisiin valtakunnallista keskittämistä edellyttävien palvelujen toteuttamista. Etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain toimeenpanovaiheessa, uudenlaista järjestämisrakennetta luotaessa, valtakunnallisen ohjauksen merkitys on olennainen. Palvelurakenteen kehittämistä ja palvelurakenneohjauksen vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan ja tarvittaessa jatkossa kehitetään uusia välineitä valtakunnallisen ohjauksen tehostamiseksi.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävästä sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen, suunnittelun ja kehittämisen kansallisena asiantuntijaviranomaisena. Säännös vastaa voimassaolevaa lainsäädäntöä laitoksen tehtävistä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelussa ja kehittämisessä. Voimassa olevan lainsäädännön mukaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävänä on muun ohella tutkia ja seurata väestön hyvinvointia ja terveyttä, niihin vaikuttavia tekijöitä ja niihin

liittyviä ongelmia, sekä kehittää ja edistää toimenpiteitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja ongelmien vähentämiseksi. Lisäksi laitoksen tehtävänä on tutkia, seurata, arvioida, kehittää ja ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja antaa asiantuntijatukea hyvinvointia ja terveyttä edistävien politiikkojen, toimintatapojen ja käytäntöjen toteuttamiseksi. Tämän lisäksi laitos harjoittaa alan tutkimus- ja kehittämistoimintaa sekä tekee aloitteita ja esityksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen palvelujen kehittämiseksi ja väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, ja osana tätä toimintaa edistää sosiaali- ja terveysalan uusia innovaatiota. Olennainen osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijatehtäviä on toimiminen tilastolain (280/2004) 2 §:n 2 momentissa tarkoitettuna tilastoviranomaisena, joka ylläpitää alan tiedostoja ja rekistereitä siten kuin niistä erikseen säädetään. Lisäksi laitos osallistuu toimialansa kansainväliseen toimintaan.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävänä on ohjata palvelujärjestelmän kehittämistä ja vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoihin siten, että eri toiminnot järjestetään ja toteutetaan käyttäjien etujen mukaisesti tarkoituksenmukaisella ja kustannustehokkaalla tavalla. Tämä tapahtuu paitsi laitoksen tutkimus- ja kehittämistoiminnan kautta, myös informaatio-ohjauksen keinoin sekä laatimalla ja julkaisemalla ohjeita, op-paita ja suosituksia. Laitos myös antaa asiantuntijatukea palvelujen järjestäjille ja valti-onhallinnolle sekä osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman ja muun kansallisen ohjauksen valmisteluun, seurantaan ja arviointiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan toimintaan.

**42 §. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma.** Tässä pykälässä säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisesta kehittämisohjelmasta, jonka valtioneuvosto hyväksyy nelivuotiskaudeksi. Pykälä vastaisi pääosin nykyistä STVAL 5 §:ää. Tarkoituksena on, että kansallinen kehittämisohjelma hyväksyttäisiin aina eduskuntavaalien jälkeen muodostettavan uuden hallituksen toimikauden alkupuolella.

Tällä hetkellä on meneillään toinen kansallinen kehittämisohjelmakausi (2012 - 2015). Kehittämisohjelmasta käytetään nykyisin lyhennettä Kaste.

Pykälän 1 momentin perusteella kansallisessa kehittämisohjelmassa määritellään koko ohjelmakauden kattavat keskeisimmät sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja kehittämistä ohjaavat sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet ja painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. Kansallisessa kehittämisohjelmassa määriteltävät toimenpidesuosituksien tulisi sovittaa yhteen valtion talousarvion ja valtionalouden kehyspäätösten kanssa. Tällöin myös valtionalouden kehysmenettelyyn liittyvä peruspalveluohjelma ja kansallinen kehittämisohjelma olisivat yhteensopivia keskenään.

Pykälän 2 momentin perusteella ohjelma-asiakirjaan sisältyvää koko ohjelmakauden tavoitteiden ja painopisteiden toteuttamista tukevaa toimenpideosiota voitaisiin tarkistaa vuosittain tarpeellisilta osin. Sitä voitaisiin täydentää esimerkiksi merkittävimpien uudistusten samoin kuin hallinnonalalta kunnille tulossa olevien ohjeiden ja suositusten osalta. Ohjelmakauden aikana kehittämisohjelman tarkistukset tehtäisiin valtionalouden vuosittaisten kehyspäätösten jälkeen, jotta toimenpidesuosituksien olisivat yhteensopivat valtionaloutta koskevien päätösten kanssa. Näin kansallisen kehittämisohjelman avulla voitaisiin täsmentää hallitusohjelmassa määriteltyjä sosiaali- ja terveyspoliittisia tavoitteita sekä tukea ja edistää niiden toteutumista. Periaatteessa kansallinen kehittämisohjelma olisi uudistettavissa kokonaisuudessaan esimerkiksi mahdollisen hallituksen vaihdoksen yhteydessä.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin mahdollisuudesta asettaa kansallisessa kehittämisohjelmassa valtion sosiaali- ja terveydenhuollon keskus- ja aluehallintoa koskevia suunnitelmia ja toimenpidesuosituksia. Näitä olisivat muun muassa valvonnan painoalueet. Tavoitteena on aikaansaada yhtenäinen ohjauskokonaisuus. Toimenpiteet ja painopisteet määriteltäisiin tarkemmin ja yksityiskohtai-

semmin kunkin viranomaisen kanssa laadittavissa tulossopimuksissa.

**43 §. Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta.** Pykälässä säädettäisiin nykyisessä STVAL 5 §:ssä tarkoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan tehtävästä ja toimikaudesta. Pykälä vastaisi sisällöltään pääosin nykyistä STVAL 5 a §:ää. Siinä ei kuitenkaan enää säädettäisi sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisista johtoryhmistä. Pykälän 1 momentin mukaan valtioneuvosto asettaisi sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä neuvottelukunnan ja sen toimikausi olisi neljä vuotta. Kansallinen kehittämisohjelma toteuttaa ohjelmajohtamista, jossa uudistustarpeet selvitetään, tavoitteet asetetaan ja halutut muutokset viedään läpi yhteistyössä sidosryhmien ja kentän toimijoiden kanssa. Tämän toteuttamiseksi on tarpeen asettaa kansallinen neuvottelukunta kansallisen kehittämisohjelman valmistelemiseksi ja toimeenpanemiseksi.

Neuvottelukunnan keskeisenä tehtävänä olisi osallistua kansallisen kehittämisohjelman sekä siihen vuosittain tehtävien muutosten valmisteluun. Kansallisesta kehittämisohjelmasta ja siihen tehtävistä muutoksista päättäisi aina valtioneuvosto sosiaali- ja terveysministeriön esittelystä.

Neuvottelukunnan toimesta koottaisiin kehittämisohjelmaa varten sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset tavoitteet. Ohjelmaan sisällytettävien tavoitteiden on oltava hallitusohjelman mukaisia ja niiden tulisi täsmentää ja edistää hallitusohjelmaan sisällytettävien sosiaali- ja terveystavoitteiden toteutumista. Neuvottelukunnalla olisi myös keskeinen rooli ohjelman toteutumisen tukemisessa, seurannassa ja arvioinnissa. Neuvottelukunta voisi tehdä sosiaali- ja terveysministeriölle myös esityksiä sellaisista asioista, jotka edellyttävät toimenpiteitä kansallisen kehittämisohjelman toteuttamiseksi taikka joilla voitaisiin tukea ja edistää ohjelmassa asetettujen tavoitteiden saavuttamista. Neuvottelukunta voisi tehdä ministeriölle myös ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan varattujen määrärahojen painotuksista.

Tarkoituksena on, että neuvottelukunnassa olisivat edustettuina kattavasti valtakunnalli-

set ja alueelliset sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat. Tällä hetkellä noudatetaan elokuussa 2011 voimaan tullutta valtioneuvoston asetusta sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta ja alueellisista johtoryhmistä (913/2011).

Pykälän 2 momentti sisältäisi nykyiseen tapaan asetuksenantovaltuuden valtioneuvostolle. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin neuvottelukunnasta sekä sen kokoonpanosta ja tehtävistä. Asetuksen sisältö tulisi olemaan neuvottelukunnan osalta samansuuntainen kuin nykyisin voimassa oleva asetus sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta ja alueellisista johtoryhmistä.

**44 §. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman johtoryhmä.** Neuvottelukunnan yhteyteen ehdotetaan asetettavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman johtoryhmä, josta säädettäisiin lain 44 §:ssä. Johtoryhmästä säädetään nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta ja alueellisista johtoryhmistä annetun valtioneuvoston asetuksen 3 §:ssä. Nyt esitettävän lain valmistelun yhteydessä on kuitenkin katsottu tarkoituksenmukaiseksi, että johtoryhmästä otettaisiin erillinen säännös lakiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman valmistelussa ja toimeenpanossa tavoitteena on ollut vahva poliittinen ohjaus, ja peruspalveluministerin johtaman neuvottelukunnan kokoonpanoa on painotettu sen mukaisesti. Johtoryhmän kokoonpanoa on sen sijaan painotettu käytännön toimijoiden ja alueiden suuntaan, ja siinä on ministeriön ja valtion keskushallinnon lisäksi edustajia myös aluehallinnosta, sosiaalialan osaamiskeskuksista ja alan keskeisistä järjestöistä sekä keskeisistä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoittajatahoista.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman johtoryhmän tehtävistä. Johtoryhmän tehtävät määrittäisivät neuvottelukunnan 43 §:ssä säädettyjen tehtävien mukaisesti eikä niihin esitetä muutoksia verrattuna nykyisin asetuksella säädettyihin tehtäviin. Kehittämisohjelman valmisteluun ja toimeenpanoon liittyen olisi tärkeää sovittaa

yhteen alueellisia näkemyksiä kansallisten linjausten aikaansaamiseksi. Johtoryhmän keskeisenä tehtävänä olisi muun muassa yhteen sovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon keskus- ja aluehallinnon viranomaisten toimenpiteet siten, että valtion ohjaus- ja valvontatoimet suhteessa kuntiin olisivat yhdenmukainen ja looginen kokonaisuus. Tarkemmat toimenpiteet määriteltäisiin kunkin viranomaisen kanssa tehtävässä tulossopimuksessa. Järjestöt ovat keskeisiä ja merkittäviä toimijoita sosiaali- ja terveysalalla. Kansallisen kehittämisohjelman johtoryhmän tehtävänä olisi myös muun muassa käsitellä kysymyksiä, jotka liittyvät kehittämisohjelman puitteissa järjestöjen kanssa tehtävään yhteistyöhön.

Johtoryhmästä, sen kokoonpanosta ja tehtävistä säädettäisiin 2 momentin perusteella tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

**45 §.** *Kehittämishankkeelle myönnettävä valtionavustus.* Lainkohta olisi pääosin samansisältöinen kuin nykyisin voimassa oleva STVAL 5 b §. Se koskisi kehittämissankkeeseen suoritettavaa valtionavustusta. Pykälän 1 momentin mukaan valtionavustuksen myöntäisi hakemuksesta sosiaali- ja terveysministeriö. Valtionavustuksen saajana voi STVAL 5 b §:n mukaan olla kunta tai kuntayhtymä. Tältä osin pykälän sanamuotoa ehdotetaan muutettavaksi niin, että kehittämissankkeelle myönnettävän valtionavustuksen saajana voisi olla perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta tai erityisvastuualueen kuntayhtymä tai myös useampi mainittu alue yhdessä.

Kehittämissankkeiden valtionavustusta koskevat päätökset tekisi sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallisen kehittämisohjelman puitteissa hyväksytyt hankkeet ovat olleet pääosin suuria ja strategisesti merkittäviä. Tästä syystä on perusteltua keskittää valtionavustuspäätösten tekeminen edelleen sosiaali- ja terveysministeriöön, jolloin ne voivat toimia ministeriön strategisena ohjausvälineenä. Ehdotuksen mukaan ministeriö voisi myöntää hankeavustusta kansallisen kehittämisohjelman toteuttamiseksi valtion talousarvioon otetun määrärahan rajoissa.

Pykälän 2 momentti koskisi valtionavustuksen myöntämistä ja tavoitteita. Valtion-

avustuksen myöntämisen edellytyksenä olisi, että hanke toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa asetettuja sosiaali- ja terveystoimittaisia tavoitteita. Hankkeiden arvioinnissa tulisi ottaa huomioon myös alueelliset kehittämistarpeet. Hankkeille tulee määrittää jo hankesuunnitelmassa konkreettiset ja mitattavat tavoitteet.

Ehdotettu lainkohta sisältäisi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissankkeiden valtionavustuksia koskevat keskeiset säännökset samalla tavoin kuin nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettu laki.

Valtionavustuslaki (688/2001) on tarkoitettu yleislaiksi, jonka säännöksiä voidaan soveltaa kaikkeen valtionavustustoimintaan, jos laissa niin erikseen säädetään. Tämän lain mukaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissankkeita koskevaan toimintaan sovellettaisiin valtionavustuslain säännöksiä, mikä todettaisiin pykälän 3 momentissa. Lisäksi lainkohdassa todettaisiin, että kehittämissankkeita koskevista asioista valtionapuviranomaisena toimisi sosiaali- ja terveysministeriö. Vastaava lainkohta on nykyisin STVAL 39 §:n 1 momentissa. Valtionavustuslain mukaan valtionapuviranomainen muun muassa tekee valtionavustusta koskevat päätökset, tiedottaa mahdollisuudesta hakea valtionavustusta ja hakemismenettelystä, antaa tietoja valtionavustuksen myöntämisen yleisistä edellytyksistä ja valtionavustuksen ehdoista, sekä huolehtii valtionavustuksen käytön asianmukaisesta ja riittävästä valvonnasta esimerkiksi hankkimalla valtionavustuksen käyttö- ja seurantatietoja ja tekemällä tarvittaessa tarkastuksia. Aluehallintovirastoista annetun valtioneuvoston asetuksen (906/2009) 10 §:n 3 momentin 1 kohdan mukaan Lounais-Suomen aluehallintovirasto huolehtii sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissankkeille myönnettävien valtionavustusten hallinnointiin liittyvistä valtakunnallisista tehtävistä. Aluehallintovirastolle siirretyt hallinnolliset tehtävät liittyvät valtionavustuksen maksatukseen ja käytön valvontaan sekä hankkeiden ohjaukseen ja neuvontaan.

Pykälän 4 momentin mukaan perustason alueelle, sosiaali- ja terveysalueelle tai erityisvastuualueelle voitaisiin myöntää valtionavustusta enintään 75 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista. Perustason alueen, sosiaali- ja terveysalueen tai erityisvastuualueen omarahoitusosuuden tulisi olla vähintään 25 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista.

Pykälän 5 momentti sisältää asetuksenantovaltuutuksen, jonka mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin antaa säännökset valtionavustuksen jakamisen perusteista, valtionavustuksen hakemisesta, myöntämisestä ja maksamisesta, sekä valtionavustuksen käytön seurannasta, arvioinnista ja valvonnasta. Nykyisin noudatetaan toukokuussa 2012 voimaan tullutta valtioneuvoston asetusta sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustuksista (183/2012).

**46 §. Kehittämistoiminta sosiaali- ja terveysalueella.** Pykälässä säädettäisiin sosiaali- ja terveysalueen velvollisuudesta vastata alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminnasta. Tehtävä kattaisi perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kehittämisen, kehittämisrakenteen ja kehittämisosaamisen vahvistamisen sekä vastuun alue- ja organisaatorajat ylittävistä kehittämisyhteistyöstä.

Perustason alueen ja sosiaali- ja terveysalueen tulee edistää alueellaan kansalaisten ja yhteisöjen hyvinvointia sekä asiakkaiden oikeuksien toteutumista ja potilasturvallisuutta. Alueellista hyvinvointia tulisi kehittää asukkaiden, asiakkaiden ja potilaiden, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja alueen muiden toimijoiden yhteistyössä. Hyvinvointia tukevien toimintaprosessien ja palveluiden laadun kehittäminen edellyttää kiinteään yhteyttä palvelutoimintaan ja ammatillisesti osaavaa henkilöstöä.

Kehittämistyön tulisi tukea organisaatorajat ylittävän asiakas- ja potilaslähtöisen palvelujärjestelmän, toimintaprosessien ja toimintamallien kehittymistä sekä toimintojen johtamista. Palvelujen ja toimintaprosessien vaikuttavuuden arvioinnista ja asiakas- ja potilaskokemuksista saatavaa tietoa tulisi

hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tuloksellisuuden parantamiseksi.

Sosiaali- ja terveysalueen olisi pykälän mukaan otettava huomioon erityisvastuualueen tutkimus- ja kehittämistoimintaa koskevat linjaukset. Erityisvastuualueella olisi lain 16 §:n 2 momentin 4 kohdan mukaan omalta osaltaan vastuu huolehtia alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan suunnittelusta ja yhteensovittamisesta.

Vaikka varsinainen kehittämistyö tapahtuu perustason alueiden ja sosiaali- ja terveysalueiden toimintayksiköissä, niin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistumista tukevan toimintakulttuurin, kehittämisikäntöjen ja kehittämisosaamisen vahvistuminen tarvitsee tuekseen kehittämisen tukirakenteen. Alueelliset sosiaalialan osaamiskeskukset (laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta 1230/2001) ja terveydenhuoltolain 35 §:ssä tarkoitetut sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköt toimivat tällä hetkellä alueellisen kehittämistoiminnan tukena.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteutuminen arjen asiakastyössä vaatii myös kehittämistoimijoilta kykyä yhteistyöhön. Tavoitteena on, että sosiaali- ja terveysalueelle muodostuisi kehittämissyksikkö, joka yhdistäisi sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kehittämistoiminnan integroituneeksi kokonaisuudeksi.

Kehittämissyksiköiden tehtävänä olisi tukea alueellaan sosiaali- ja terveydenhuollon käytännönläheistä kehittämistyötä ja tietoon perustuvien toimintamallien ja hyvien käytäntöjen juurruttamista alueella. Tehtävänä olisi myös tukea palvelujen järjestämissuunnitelman laatimista sekä viedä vaikuttavuuden arviointiin perustuvaa tietoa toiminnan kehittämiseen ja päätöksentekoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työyhteisöjen ja moniammatillisen henkilöstön jatkuvan oppimisen ja osaamisen kehittämisen sekä henkilöstön koulutuksen suunnittelun tueksi tarvitaan tiivistä yhteistyötä alueellisten sosiaalialan osaamiskeskusten, perusterveydenhuollon yksiköiden, yliopistojen ja oppilaitosten, tutkimuslaitosten ja tiedekeskusten kanssa. Sosiaali- ja terveysalueen kehittämissyksikkö osallistuisi oman alueensa osalta



erityisvastuualueen tehtävään ennakoida sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman kysyntää ja osaamistarpeita yhteistyössä alueensa yliopistojen, ammattikorkeakoulujen, muiden oppilaitosten sekä maakunnan liittojen ja työvoimahallinnon kanssa.

## 5 Luku **Rahoitus**

### Alueiden toiminnan rahoitus

**47 §. Perustason alueen rahoitus.** Perustason alueen rahoituksesta vastaisivat pykälän 1 momentin mukaan perustason alueeseen kuuluvat kunnat, siten kuin kuntien välisestä vastuunjaosta on sovittu 21 §:ssä tarkoitetussa yhteistoimintasopimuksessa.

Lakiin esitetään kirjattavaksi säännös sovellettavasta rahoitusmallista siinä tapauksessa, että kunnat eivät ole asiasta sopineet. Tällöin kunnat osallistuisivat pykälän 2 momentin mukaan perustason alueen kustannusten rahoitukseen kunnan asukasmäärään perustuvalla maksulla (niin sanottu kapitaa-tioperiaate). Maksua painotettaisiin kuntien peruspalvelujen valtionosuuslaskennassa käytettävien sosiaali- ja terveydenhuollon määräytymisperusteiden mukaisesti.

Väestömääräpohjaisessa mallissa kunnan maksu määräytyy asukasluvun mukaan (x euroa/asukas). Rahoitusvastuu voidaan toteuttaa siten, että alueen budjetoidut menot jaetaan kaikkien jäsenkuntien kesken asukasluvun suhteessa. Kun saatua lukua painotetaan väestön rakenteeseen perustuvilla tekijöillä, asukaskohtainen maksu vaihtelee kunnittain kunnan väestön palvelujen tarpeen mukaan. Kun otettaisiin huomioon kaikki peruspalvelujen valtionosuuslaskennassa käytettävät sosiaali- ja terveydenhuollon määräytymisperusteet, laskentatavalla saavutettaisiin vastaavuus valtionosuuksien määräytymisen kanssa. Käytännössä tämä tarkoittaisi sitä, että kunnan saamasta peruspalvelujen valtionosuudesta ohjautuisi sosiaali- ja terveydenhuoltoon yhtä suuri osuus minkä kunta on saanut sosiaali- ja terveydenhuollon kriteerien perusteella.

Perustason alue keräisi edellä selostetulla tavalla jäsenkunniltaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen tarvittavat varat.

Tehtävien ja palvelujen järjestäminen tapahtuisi 12 ja 13 §:ssä tarkoitetulla tavalla.

**48 §. Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus.** Pykälän 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveystalouden rahoituksesta vastaisivat sosiaali- ja terveystalouteen kuuluvat kunnat siten kuin kuntien välisestä vastuunjaosta on sovittu sosiaali- ja terveystalouden yhteisen toimielimen hallinnon ja talouden järjestämisestä tehdyssä sopimuksessa.

Jos kunnat eivät toisin sovi, ne osallistuisivat pykälän 2 momentin mukaan sosiaali- ja terveystalouden kustannusten rahoitukseen kunnan asukasmäärään perustuvalla maksulla, jota on painotettu kuntien peruspalvelujen valtionosuuslaskennassa käytettävien sosiaali- ja terveydenhuollon määräytymisperusteiden mukaisesti vastaavalla tavalla kuin perustason alueen rahoituksesta ehdotetaan säädettäväksi.

Momentit 1 ja 2 koskisivat niitä sosiaali- ja terveystalouteen kuuluvia kuntia, jotka eivät kuulu perustason alueeseen.

Sosiaali- ja terveystalouteen kuuluva perustason alue järjestää itse sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ja joissakin tapauksissa myös erikoissairaanhoidon palveluja alueellaan. Kunnat pääsääntöisesti sopisivat perustason alueen osallistumisesta sosiaali- ja terveystalouden rahoitukseen yhteisen toimielimen hallinnon ja talouden järjestämisestä tehdyssä sopimuksessa. Jos asiasta ei toisin sovi, perustason alueen olisi pykälän 3 momentin mukaan osallistuttava sosiaali- ja terveystalouden yhteisistä tehtävistä aiheutuviin kustannuksiin perustason alueen asukasmäärään perustuvalla maksulla. Yhteisillä tehtävillä tarkoitettaisiin muun muassa päivystystä, ensihoitoa ja poikkeusvalmiuden ylläpitoa sekä infrastruktuurin aiheuttamia kustannuksia. Niistä sosiaali- ja terveystalouden palveluista, joita perustason alue ei itse järjestä, vaan jotka se saa sosiaali- ja terveystalouden alueelta, perustason alueen vastuukunta maksaisi asukkaidensa käytön mukaan.

**49 §. Erityisvastuualueen rahoitus.** Erityisvastuualueen rahoituksesta vastaisivat pykälän 1 momentin mukaan erityisvastuualueeseen kuuluvat sosiaali- ja terveystaloukset.

Erityisvastuualueen rahoituksesta sovittaisiin erityisvastuualueen perussopimuksessa.

Jos asiasta ei perussopimuksessa toisin sovitaisi, erityisvastuualueeseen kuuluvat sosiaali- ja terveysalueet osallistuisivat erityisvastuualueen kustannusten rahoitukseen pykälän 2 momentin mukaan asukasmäärään perustavalla maksulla. Koska erityisvastuualueen tehtävät eivät ole palvelujen järjestämistä, vaan alueen toiminnan suunnittelua ja yhteensovittamista, ei asukasmäärään perustavaa maksua olisi tässä yhteydessä tarkoituksenmukaista painottaa palvelutarvetta kuvaavien tekijöiden mukaisesti. Tarkoituksena on, että sosiaali- ja terveysalueet keräisivät alueensa kunnilta myös niiden osuudet erityisvastuualueen rahoituksesta ja siirtäisivät osuudet edelleen erityisvastuualueelle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä erityisvastuualueelle voitaisiin lisäksi määrätä tehtäviä, joista valtio maksaa erityisvastuualueelle korvauksen.

**50 §. Alijäämän kattaminen.** Pykälässä säädettäisiin velvollisuudesta kattaa sosiaali- ja terveysalueen, perustason alueen ja erityisvastuualueen taseeseen kertynyt alijäämä.

Voimassa olevan kuntalain 65 §:n 3 momentin mukaan kunnan taloussuunnitelman on oltava tasapainossa tai ylijäämäinen enintään neljän vuoden pituisena suunnittelukautena, jos talousarvion laatimisvuoden taseeseen ei arvioida kertyvän ylijäämää. Tämä taloussuunnitelman tasapainovelvoite ja siihen liittyvä alijäämän kattamisvelvollisuus eivät ole estäneet alijäämien kumuloitumista kuntien taseisiin. On kuntia, joissa taloussuunnitelma suunnitellaan vuosittain suunnittelukaudeksi tasapainoon, mutta tasapainoa ei todellisuudessa saavuteta. Tämän vuoksi valtiovarainministeriössä on valmisteltu sääntelyä, jossa taseeseen kertynyt alijäämä on tietyn ajan kuluessa pakko kattaa, eikä kattamista voitaisi enää lykätä suunnitelmilla myöhemmäksi. Nyt lakiin ehdotettava pykälä on muotoiltu saman linjauksen mukaisesti. Alijäämä tulisi kattaa enintään neljän vuoden kuluessa tilinpäätöksen vahvistamista seuraavan vuoden alusta, ilman mahdollisuutta lykätä alijäämän kattamista taloussuunnitelmassa myöhempään ajankohtaan.

Alijäämän kattamisvelvollisuus ei nykyään koske kuntayhtymiä. Koska alijäämän kattamisvelvollisuus on mahdollistanut kuntien

alijäämien siirtämisen, ja alijäämien kerääntymisen kuntayhtymiin, valtiovarainministeriössä on valmisteltu sääntelyä, jossa alijäämän kattamisvelvollisuus ulotettaisiin myös kuntayhtymiin. Alijäämän kattamisvelvollisuuden ulottaminen tässä laissa myös kuntayhtymämuotoisten sosiaali- ja terveysalueiden ja erityisvastuualueiden taloussuunnitteluun on mainitun linjauksen mukainen.

**51 §. Sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuu hoidon ja hoivan kustannusten korvaamisesta.** Pykälässä säädettäisiin tilanteista, joissa perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta on järjestänyt hoito- ja hoivapalveluja henkilölle, joka ei ole kyseessä olevaan alueeseen kuuluvan kunnan asukas.

Nykyisen sosiaalihuoltolain 42 §:ssä on säädetty kunnan oikeudesta saada korvausta laitoshuollosta, jota se on antanut muulle kuin kunnan omalle asukkaalle. Korvauksen saaminen edellyttää, että hoito on kestänyt vähintään 14 vuorokautta. Lisäksi lainkohta edellyttää, että kunta laittaa korvaushakemuksen vireille hallinto-oikeudessa kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun laitoshuoltoa on alettu antaa. Jollei hakemusta panna vireille sanotussa määräajassa, kunta menettää oikeuden saada korvausta laitoshuollosta, jonka se on antanut ennen hakemuksen vireillepanoa ja jota korvausvelvollinen kunta ei ole kirjallisesti suostunut korvaamaan. Menettelyä on pidettävä liian kankeana. Tämän vuoksi ehdotettava pykälä vastaisikin kirjoitustavaltaan nykyistä terveydenhuoltolain 58 §:ää, jossa ei ole säädetty hallinto-oikeusmenettelyä edellytykseksi korvauksen saamiselle.

Pykälän 1 momentin mukaan silloin, jos potilas olisi hoidettavana sellaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä, jota ylläpitää muu kuin potilaan kotikunnan mukaisen sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunta, potilaan kotikunnan mukaisen sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunta olisi velvollinen korvaamaan potilaan hoidosta aiheutuneet kustannukset, jollei hoitokustannusten korvaamisesta ole säädetty toisin muualla lainsäädännössä. Korvaamisesta on säädetty toisin esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas-

maksuista annetun lain 13 a §:ssä, jonka mukaan hoitopalvelun järjestämisestä vastaavalla kunnalla tai kuntayhtymällä (nykyisen sanamuodon mukaisesti) on oikeus saada pykälässä mainittujen lakien perusteella korvausvelvolliselta vakuutuslaitokselta tai Valtiokonttorilta laeissa säädetyin edellytyksin maksu, joka vastaa enintään hoitopalvelun järjestämisestä aiheutuneiden kustannusten määrää vähennettynä palvelun käyttäjältä perityllä asiakasmaksulla.

Korvaus perustuisi pykälän 2 momentin mukaan tuotteistukseen tai tuotehintaan, jolla terveydenhuollon toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa. Korvauksesta vähennettäisiin potilaan hoidostaan suorittama asiakasmaksu ja muut palvelun tuottajan saamat toimintatulot hoitoon liittyen. Asiakasmaksu määräytyisi sitä koskevan lainsäädännön ja alueen maksuista tekemän päätöksen mukaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista perittävistä maksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992). Eri puolilla maata saattaa olla käytössä erilaisia laskutus-tapoja. Tämä saattaisi aiheuttaa epäselvyyttä siitä, millä perusteella laskutus tapahtuisi. Kansallisesti sovittuja korvausperusteita ja laskutusmenettelyä ei ole olemassa. Tästä syystä palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä voitaisiin tarvittaessa säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

### **Valtion koulutuskorvaukset**

**52 §. Koulutuskorvaus yliopistolliselle sairaalalle.** Ehdotettu säännös vastaa terveydenhuoltolain 59 §:ssä nyt olevaa säännöstä.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin pääperiaatteet lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksen korvaamisesta yliopistolliselle sairaalalle. Peruskoulutuksen korvaus laskettaisiin lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Erikoistumiskoulutuksen korvaus perustuisi tutkintojen lukumäärään ja tutkinnosta määrättyyn korvaukseen.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin eräiden erikoislääkärin koulutusohjelmien korvauk-

sista. Tutkintojen lukumäärään perustuvaa korvausta ei kuitenkaan suoritettaisi sellaisista erikoislääkäritutkinnoista, joiden koulutus tapahtuu pääosin muualla kuin yliopistollisissa sairaaloissa. Tutkinnot määriteltäisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella kuten nykyisinkin. Tällaisia olisivat esimerkiksi terveydenhuollon erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnot sekä liikuntalääketieteen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnot. Jos edellä mainittua koulutusta kuitenkin annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sen ylläpitäjälle suoritettaisiin korvaus toteutuneiden koulutuskuukausien mukaan.

Jatkossa on tarkoitus selvittää koulutuskorvausten käyttöönottoa myös sosiaalihuollon ja sosiaalityön yliopistokoulutuksesta sekä erikoistumiskoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin. Lisäksi muiden kuin edellä todettujen terveydenhuollon laillistettujen ammattihenkilöiden koulutuksen aiheuttamien kustannusten korvaaminen selvitetään.

**53 §. Koulutuskorvaus yliopistolle.** Erikoislääkärikoulutus on ollut vuodesta 1986 ja erikoishammaslääkärikoulutus vuodesta 1984 yliopistojen tutkintomuotoista koulutusta. Valtioneuvoston asetus erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista (420/2012) sisältää säännökset yliopistolaissa (558/2009) tarkoitetuissa yliopistoissa suoritettavista erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista, jotka ovat yliopistojen ammatillisia jatkotutkintoja. Koulutusvastuun tarkemmasta jakautumisesta yliopistojen kesken ja koulutusohjelmista sekä siitä, mitä koulutusohjelmia kussakin yliopistossa on, säädetään yliopiston esityksestä opetusministeriön asetuksella.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjaus on tarkoitus siirtää sosiaali- ja terveysministeriöön, joka vastaa terveyspalvelujärjestelmästä kokonaisuutena. Valtioneuvosto päätti 15.12.2011 hyväksyessään Koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelman 2011–2016 siirtää erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjauksen opetus- ja kulttuuriministeriöstä, sosiaali- ja terveysministeriöön sekä selkeyttää koulutuksen rahoitusta osana lääkäreiden ja hammaslääkäreiden valtion koulutuskor-

vausrahoituksen uudistamista, jotta sosiaali- ja terveysministeriön mahdollisuudet ohjata erikoistumiskoulutusta ja sen mitoitusta vahvistuvat.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjauksen siirtoa on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriön ja opetus- ja kulttuuriministeriön asettamassa työryhmässä. Työryhmän ehdotuksen mukaan erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus ei olisi enää tutkintoon johtavaa koulutusta. Jatkossa erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta säädettäisiin ammattihenkilölaissa sekä ammattihenkilölain nojalla säädettävässä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa. Tutkintomuotoisuuden poistumisen jälkeen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukset olisivat jatkossa yliopistojen tutkintojen jälkeistä ammatillista jatkokoulutusta. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta säädettäisiin tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella vastaavaan tapaan kuin voimassaolevassa valtioneuvoston asetuksessa. Yliopistot vastaisivat jatkossakin koulutuksen sisällöstä ja sen kehittämisestä. Nämä muutokset on tarkoitus toteuttaa erillisenä lainsäädäntöhankkeena siten, että ne tulisivat voimaan vuoden 2015 alusta.

Yliopistojen asemaa erikoislääkärikoulutuksen laadun turvaamisessa tulee kaikissa tilanteissa vahvistaa myös rahoitusohjauksen keinoin. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen tutkintomuotoisuudesta luopuminen tarkoittaa sitä, että opetus- ja kulttuuriministeriö ei enää osoita yliopistolle rahoitusta erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen. Opetus- ja kulttuuriministeriö ei aiemminkaan ole erikseen rahoittanut erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta, vaan rahoitus on sisältynyt yliopiston perusrahoitukseen. Yliopistoilla on jatkossakin lakiin perustuva velvoite huolehtia erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta. Tämän vuoksi esitetään, että yliopistoille ohjataan valtion koulutuskorvausrahoitusta korvaamaan kuluja, jotka syntyvät erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen järjestämisestä ja koordinoimisesta.

**54§.** *Koulutuskorvaus muulle terveydenhuollon toimintayksikölle.* Pykälässä säädettäisiin koulutuksesta aiheutuvien kustannusten korvaamisesta muulle terveydenhuollon yksikölle kuin yliopistolliselle sairaalalle. Säännös vastaa nykyistä terveydenhuoltolain 60 §:ää.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin kustannusten korvaamisesta lääkärin ja hammaslääkärin peruskoulutuksesta, 2 momentissa erikoistumiskoulutuksesta ja 3 momentissa yleislääketieteen erityiskoulutuksesta, hammaslääkärin käytännön palvelusta ja hammaslääkärin peruskoulutukseen sisältyvästä syventävästä käytännön harjoittelusta sekä ulkomailla perustutkinnon suorittaneilta eräissä tapauksissa edellytetystä palvelusta.

Sosiaali- ja terveysalue, jossa on yliopistollinen sairaala, maksaisi 1 momentissa tarkoitetun lääkärin tai hammaslääkärin peruskoulutuksesta aiheutuvan korvauksen julkiselle palvelun tuottajalle tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetyille palvelujen tuottajalle, jonka ylläpitämässä terveydenhuollon yksikössä koulutus on järjestetty. Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta, jossa on yliopistollinen sairaala, ja koulutusta antava palvelun tuottaja tekevät sopimuksen koulutuksen järjestämisestä ja korvauksen määrästä.

Pykälän 2 momentin mukaan erikoislääkäri- tai erikoishammaslääkärikoulutukseen sisältyvästä yhdeksän kuukauden pituisesta terveyskeskuskoulutuksesta aiheutuneista kustannuksista suoritetaan korvaus valtion varoista vain siltä osin, kuin koulutus täyttää momentissa säädetyt laadulliset kriteerit. Koulutuksessa olisi huolehdittava siitä, että terveyskeskuskoulutusta suorittava lääkäri tai hammaslääkäri perehtyy riittävästi terveyskeskuksen sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon eri toiminta-alueisiin ja yhteistyöhön. Koulutettavalle on nimettävä ohjaaja, jonka tulee olla palvelussuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään. Lisäksi perusterveydenhuollon toimintayksikön tulee toteuttaa ohjausta terveydenhuoltolain 8 §:n 3 momentissa mainitun, laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta tehdyn suunnitelman mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädettäisiin tarkemmin ne 1 ja 2 momentissa tarkoitettut muut kuin kunnalliset palvelujen tuottajat, joille koulutuskorvausta olisi mahdollista maksaa. Asetuksella säädettävistä yksiköistä kysymykseen tulisivat pitkäaikaisia, vakiintunutta ja korkeatasoista terveystieteellistä tutkimustoimintaa harjoittaneet terveydenhuollon toimintayksiköt, joissa on mahdollista järjestää pitkäjänteistä koulutustoimintaa ja joita yliopistot ovat vakiintuneesti käyttäneet lääkärikoulutukseen. Kyseiset toimintayksiköt saavat huomattavan osan toimintansa rahoituksesta kuntien ja kuntayhtymien niiltä hankkimista palveluista ja toiminnalla on valtakunnallista merkitystä terveyspalvelujärjestelmän kannalta. Voimassa olevan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasoisien terveystieteellisen tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista annetun valtioneuvoston asetuksen 1364/2011 mukaan korvaukseen oikeutettuja palvelujen tuottajia ovat Fimlab Laboratoriot Oy, Invalidiliitto ry:n ylläpitämä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus, Sairaala Orton Oy, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätiön ylläpitämä Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Suomen Punaisen Ristin ylläpitämä SPR Veripalvelu, TAYS Sydänkeskus Oy sekä Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Pykälän 3 momentissa tarkoitettu korvaus perustuu koulutuksessa olevien ja koulutuskuukausien määrään. Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 13 §:ssä säädetään EU- tai ETA-alueen ulkopuolella koulutuksen saaneen kolmannen maan kansalaisen edellytyksistä toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä. Tarkemmat säännökset henkilöltä vaadittavasta pätevyydestä ja kielitaidosta ovat terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 14 §:ssä. Sen mukaan Euroopan talousalueeseen kuulumattoman valtion kansalaiselta, joka on suorittanut terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 4 §:ssä tai 5 §:n 1 momentissa tarkoitettujen koulutuksen ulkomailla, vaaditaan ammatinharjoittamisluvan saamiseksi mainituissa lainkohdissa tarkoitettuihin tehtäviin tai ammatinhar-

joittamisoikeuden saamiseksi laillistettuna ammattihenkilönä toimimiseen, että hän on suorittanut Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) mahdollisesti määräämän palvelun ja lisäopinnot sekä ammattitaidon selvittämiseksi kuulustelun siten, että hänen pätevyytensä vastaa Suomessa suoritettua vastaavaa koulutusta, ja että hän on osoittanut omaavansa riittävän kielitaidon. Valvira on käytännössä edellyttänyt pääsääntöisesti kuuden kuukauden harjoittelua. Harjoittelu-aika ei kuitenkaan ole sidoksissa perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen aikaan. Jos Valvira edellyttää pidempää harjoittelujaksoa, on tarkoituksenmukaista maksaa korvausta koko vaadittavalta harjoitteluajalta. Usein Euroopan talousalueen ulkopuolisen maan kansalaisilla on ollut vaikeuksia löytää vaadittavia harjoittelupaikkoja ammatinharjoittamisluvan tai -oikeuden saamiseksi ja valtion korvauksen maksaminen harjoitteluajalta helpottaa harjoitteluun pääsemistä.

Terveystieteiden ammattihenkilöistä annettua lakia muutettiin toukokuun 2011 alusta siten, että lääkäreiden ja hammaslääkäreiden kaksoislaillistusmenettely poistettiin. Menettelyä yksinkertaistettiin siten, että lääkäreille ja hammaslääkäreille myönnetään lääkärin ja hammaslääkärin koulutuksen suorittamisen jälkeen laillistus, jonka nojalla lääkäreillä ja hammaslääkäreillä on oikeus itsenäisesti harjoittaa ammattiaan.

Vaatimus lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen suorittamisesta laillistuksen edellytyksenä poistui samalla. Vastaavaa koulutusta järjestetään yleislääketieteen erityiskoulutuksena, ja sen suorittaminen on edellytys oikeudelle toimia sairastuvuuden piirissä EU:n muissa jäsenvaltioissa. Sisällöltään yleislääketieteen erityiskoulutus vastaa aikaisempaa perusterveydenhuollon lisäkoulutusta. Koulutuksesta aiheutuvista kustannuksista maksetaan valtion korvausta koulutuskuukausien määrään perustuen.

Laillistuksen edellytyksenä hammaslääkäreiltä edellytetty käytännön palvelu muutettiin hammaslääkärin perustutkintoon sisältyväksi käytännön palveluksi, josta maksetaan valtion koulutuskorvausta. Muutoksen voimaan tullessa henkilö, joka opiskeli hammaslääketieteen lisensiaatin tutkintoa ja

joka ei ollut aloittanut tutkintoon sisältyvää hoitoarjoittelua, voi siirtyä opiskelemaan uusien säännösten mukaisesti taikka jatkaa opintojaan aikaisempien säännösten mukaisesti. Siirtymäsäännösten johdosta käytännössä vuoden 2020 loppuun saakka on mahdollista opiskella vanhojen säännösten mukaisesti. Valtion koulutuskorvausta maksetaan sekä uusien että vanhojen säännösten mukaisesti opiskelevista opiskelijoista.

Valtion koulutuskorvausta olisi mahdollista maksaa myös Ahvenanmaan terveys- ja sairaanhoitoviranomaiselle. Järjestämislakia ei muilta osin sovelleta Ahvenanmaan maakunnassa Ahvenanmaan itsehallintolain (1144/1991) perusteella. Valtion koulutuskorvausta lääkärin ja hammaslääkärin koulutukseen maksettaisiin kuitenkin aiemman käytännön mukaisesti myös Ahvenanmaan maakunnassa sijaitseville julkisille terveydenhuollon palvelun tuottajille.

### ***Valtion korvaus tutkimustoimintaan***

**55 §. Tutkimusrahoituksen kohdentaminen.** Ehdotuksen mukaan erityisvastuualue asettaisi alueelleen nelivuotiskaudeksi yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen tutkimustoimikunnan mahdollisine jaostoineen. Tutkimustoimikunnassa olisi monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä.

**56 §. Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitus.** Pykälän 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö määrittelisi yhteistyössä 55 §:ssä tarkoitettujen erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain. Tutkimustoiminnan ja painoalueiden valmistelussa otettaisiin huomioon erityisvastuualueiden erilaiset painotukset tutkimuksessa. Tutkimustoiminta on pitkäjänteistä työtä, mikä on tarkoitus ottaa huomioon tarkistettaessa painoalueiden ja tavoitteiden ajanmukaisuus neljän vuoden välein.

Yliopistotasaiseen terveyden tutkimukseen myönnettäisiin 2 momentin mukaan valtion rahoitusta sosiaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Ministeriön päätös perustuisi

tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella. Rahoitus jaettaisiin 54 §:ssä tarkoitetuille erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille. Koska yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen määrä vahvistetaan vuosittain valtion talousarviossa, ei tutkimusrahoituksen jakautumista voida määrittellä euromääräisenä neljäksi vuodeksi eteenpäin. Ministeriö päättäisi tutkimusrahoituksen jakautumisesta erityisvastuualueille prosenttiosuuksina kunakin vuonna käytettävissä olevasta määrärahasta. Jos erityisvastuualueiden aluejako muuttuu nelivuotiskauden aikana, muuttunut aluejako otetaan huomioon ministeriön tutkimusrahoituksen jakautumista koskevassa päätöksessä vastaavasti. Vastaava säännös lisättiin terveydenhuoltolakiin vuoden 2014 alusta lukien.

Erityisvastuualueen tutkimustoimikunta päättäisi pykälän 3 momentin mukaan tutkimusrahoituksen myöntämisestä alueellaan hakemusten perusteella. Terveyden tutkimuksen rahoitusta voisivat hakea terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävä perustason alue, sosiaali- ja terveysalue, valtion mielisairaala tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetty palvelujen tuottaja. Yksittäinen tutkija tai tutkimusryhmä ei voisi olla hakijana, vaan hakijana tulisi olla julkisen sektorin organisaatio tai asetuksella säädetty palvelun tuottaja, johon vähintään yhdellä tutkimusryhmän jäsenistä olisi työ- tai virkasuhde. Tutkimustoiminnan rahoitusta hakemaan oikeutetut muut terveydenhuollon toimintayksiköt on tarkoitus määrittellä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella samojen periaatteiden mukaan kuin nykyisin. Kysymykseen tulisivat pitkäaikaista, vakiintunutta ja korkeatasoista terveystieteellistä tutkimustoimintaa harjoittaneet terveydenhuollon toimintayksiköt, joissa on mahdollista järjestää pitkäjänteistä koulutustoimintaa ja joita yliopistot ovat vakiintuneesti käyttäneet lääkärinkoulutukseen. Kyseiset toimintayksiköt saavat huomattavan osan toimintansa rahoituksesta kuntien ja kuntayhtymien niiltä hankkimista palveluista, ja toiminnalla on valtakunnallista merkitystä terveyspalve-

lujärjestelmän kannalta. Voimassa olevan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista annetun valtioneuvoston asetuksen (1364/2011) 1 §:n mukaan korvaukseen oikeutettuja palvelujen tuottajia ovat Fimlab Laboratoriot Oy, Invalidiliitto ry:n ylläpitämä Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus, Sairaala Orton Oy, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätiön ylläpitämä Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Suomen Punaisen Ristin ylläpitämä SPR Veripalvelu, TAYS Sydänkeskus Oy sekä Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Jatkossa on tarkoitus selvittää mahdollisuudet rahoittaa myös yliopistotasosta sosiaalihuollon tutkimusta vastaavasti kuin terveyden tutkimusta rahoitetaan.

#### ***Korvausmenettely***

**57 §.** *Valtakunnallinen terveyden tutkimuksen arviointiryhmä.* Pykälässä säädetään terveyden tutkimuksen arviointiryhmästä. Sosiaali- ja terveysministeriö asettaisi valtakunnallisen yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen arviointiryhmän joka koostuisi asiantuntijoista. Arviointiryhmän puolueettomuuden turvaamiseksi ryhmässä voisi olla myös ulkomaisia jäseniä.

Arviointiryhmän tehtävänä olisi arvioida erityisvastuualueiden tutkimustoimintaa edellisellä nelivuotiskaudella. Arvioitavana olisi erityisesti vahvistettujen tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden saavuttaminen erityisvastuualueen tutkimustoiminnassa sekä toteutuneen tutkimuksen laatu, määrä ja tuloksellisuus. Arvioinnissa voitaisiin käyttää apuna esimerkiksi julkaisupisteiden määrää. Arviointiryhmän puolueettomuuden turvaamiseksi ryhmässä tulisi olla myös ulkomaisia jäseniä. Arviointiryhmä tekisi ehdotuksen tutkimusrahoituksen jakautumisesta erityisvastuualueille seuraavalla nelivuotiskaudella ministeriön päätöksenteon pohjaksi.

Tutkimusryhmä aloittaisi arviointityönsä nelivuotiskauden viimeisen vuoden alussa, jolloin se pystyisi arvioimaan edellisten vuosien tutkimustoimintaa. Tarkoituksena olisi,

että arviointiryhmä saisi työnsä päätökseen nelivuotiskauden viimeisen vuoden syksyllä, jolloin ministeriö pystyisi tekemään päätöksen rahanjaosta heti seuraavan nelivuotiskauden alussa.

Säännös vastaa terveydenhuoltolain 62 §:n säännöstä.

**58 §.** *Koulutuskorvauksen ja tutkimusrahoituksen maksaminen.* Ehdotettu pykälä vastaa terveydenhuoltolain 63 §:ssä olevaa säännöstä. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin koulutuskorvauksen maksamisesta. Esityksen mukaan aluehallintovirasto ja Ahvenanmaan valtionvirasto maksaisivat valtion koulutuskorvauksen.

Tutkintojen ja opinnot aloittaneiden opiskelijoiden määrään perustuva koulutuskorvaus maksettaisiin yliopistollisen sairaalan ylläpitäjälle ja erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta järjestävälle yliopistolle ilman eri hakemusta sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen perusteella ja koulutuskaukusiin perustuva korvaus puolivuositain hakemuksen perusteella. Ahvenanmaan osalta koulutuskorvauksen maksaisi Ahvenanmaan valtionvirasto, joka on maakunnassa valtion yleinen aluehallintoviranomainen. Tasavallan presidentin asetuksella 1179/2009 säädetään eräiden terveyden- ja sairaanhoidon tehtävien hallinnosta Ahvenanmaan maakunnassa siten, että Ahvenanmaan maakunnan hallituksen tulee Ahvenanmaan maakunnassa huolehtia niistä terveyden- ja sairaanhoidon alaan kuuluvista tehtävistä, jotka maakunnassa voimassa olevan valtakunnan lainsäädännön mukaan kuuluvat aluehallintovirastoille. Kyseinen säännös koskee kuitenkin ainoastaan niitä tehtäviä, joista on sovittu sosiaali- ja terveysministeriön ja Ahvenanmaan maakunnan hallituksen kesken. Koska valtion koulutuskorvaus ei kuulu kyseisen sopimuksen piiriin, Ahvenanmaan valtionvirasto maksaa korvauksen yleisten säännösten perusteella.

Pykälän 2 momentissa määriteltäisiin määräjat, joissa koulutuskorvausta tulisi hakea ja aika, jonka kuluessa aluehallintoviraston tulisi käsitellä hakemukset. Aluehallintovirasto maksaisi kuukausittain tutkimusrahoituksen erityisvastuualueen tutkimustoiminnalle, joka maksaisi rahoituksen edelleen

hankkeiden toteuttajille hakemusten perusteella.

Pykälän 3 momentissa todetaan, että muilta osin korvauksen maksamiseen ja muuhun menettelyyn sekä muutoksenhakuun liittyvissä asioissa noudatetaan soveltuvin osin valtionavustuslain säännöksiä. Kyseeseen tulisivat valtionavustuslain 20 §:n 1 momentin säännös valtionavustuksen palauttamisesta, 21 § valtionavustuksen takaisinperinnästä, 24 ja 25 § korosta ja viivästyskorosta, 26 § kohtuullistamisesta, 28 § takaisinperinnän määrääjasta, 29 §:n 2 momentti palautusvelvollisuuden raukeamisesta, 30 § kuittauksesta ja 34 § oikaisuvaatimuksesta ja muutoksenhausta.

**59 §. Tietojenantovelvollisuus.** Kukin lääkäri- tai hammaslääkärikoulutusta antava yliopisto ilmoittaa kalenterivuositain sosiaali- ja terveysministeriölle suoritettujen lääkäri- ja hammaslääkäritutkintojen sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkintojen määrän. Opinnot aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärä perustuisi Opetushallituksen ylläpitämään tilastoon, joka julkaistaan internet-sivulla [www.koulutusnetti.fi](http://www.koulutusnetti.fi).

Sosiaali- ja terveysalueen, jossa on yliopistollinen sairaala, sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta järjestävän yliopiston olisi pykälän 2 momentin mukaan annettava sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä selvitys siitä, miten se on käyttänyt saamansa koulutuskorvauksen. Säännös vastaa terveydenhuoltolain 64 §:ää.

Pykälän 3 momentin perusteella erityisvastuualueen tutkimustoimikunnan olisi annettava sosiaali- ja terveysministeriölle selvitys vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä tutkimusrahoituksen osoittamisesta tutkimushankkeille ja painoalueille. Tutkimusrahoituspäätöksistä ilmoitettaisiin vuosittain sosiaali- ja terveysministeriöön, jotta ministeriöllä olisi käytössä tiedot rahojen käytöstä, vaikka tutkimustoiminnan arviointi tapahtuisikin neljän vuoden välein.

**60 §. Kunnan tai kuntayhtymän tilojen käyttäminen koulutus- ja tutkimustoimintaan.** Pykälässä säädetään terveydenhuoltolain 65 §:n mukaisesti terveydenhuollon tilojen käytöstä koulutus- ja tutkimustoimintaan. Sen 1

ja 2 momentissa säädettäisiin yliopiston ja muun sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjän oikeudesta käyttää sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen sairaaloita ja muita toimintayksiköitä terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen ja terveys-tieteelliseen tutkimustoimintaan. Muulla sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjällä tarkoitettaisiin sosiaali- ja terveysalan koulutusta antavia ammattikorkeakouluja ja ammatillisia oppilaitoksia. Tilojen käytöstä koulutus- ja tutkimustoimintaan sovitettiin koulutuksen järjestäjän ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kesken.

Pykälän 3 momentin mukaan yliopistolla olisi oikeus käyttää perusterveydenhuollon toimintayksikön tiloja erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen sisältyvänä, terveyskeskuksessa suoritettavana yhdeksän kuukautta kestäväenä koulutusaikana sen mukaan kuin siitä kunnan tai kuntayhtymän ja yliopiston kesken sovitaan.

Pykälän 4 momentin mukaan sosiaali- ja terveysalueella olisi velvollisuus järjestää yliopiston tai muun sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjän käytettäväksi sellaiset koulutus- ja tutkimustoiminnassa tarvittavat huonetilat kiinteine koneineen ja laitteineen sekä koulutus- ja tutkimushenkilökunnan ja opiskelijoiden sosiaaliset tilat, jotka on välttämätöntä sijoittaa sosiaali- ja terveysalueen toimintayksikköön. Jos toiminta voitaisiin vaikeuksitta järjestää muuallakin, ei kyseessä olisi säännöksessä tarkoitettu välttämättömyys. Säännöksessä tarkoitetaan sellaisia koneita, laitteita ja huonetiloja, jotka liittyvät kiinteästi sairaalan tai toimintayksikön toimintaan, eikä koulutus- ja tutkimustoimintaa olisi tarkoituksenmukaista järjestää muualla.

Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuukunnan palveluksessa olevat terveydenhuollon ammattihenkilöt olisivat velvollisia osallistumaan terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoimintaan siten, kuin siitä on vastuukunnan tai kuntayhtymän ja yliopiston tai muun sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjän kesken sovittu.

**61 §. Asetuksenantovaltuus.** Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta suoritettavan korvauksen suuruudesta ja korvauksen mak-



samiseen liittyvistä menettelyistä säädettäisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Pykälän 1 momentin mukaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta maksettavat korvaukset määräytyvät tutkinnosta maksettavan korvauksen ja koulutuskuukaudesta maksettavan korvauksen mukaan. Tutkintokorvauksen ja koulutuskuukaudesta maksettavan korvauksen määrät määriteltäisiin vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Korvauksen määrä voi vaihdella vuosittain tarkoitukseen varatun määrärahan sekä tutkintojen ja koulutuskuukausien määrän mukaan.

Pykälän 2 momentin mukaan yliopistollisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan painoalueista ja tavoitteista sekä tutkimusrahoituksen jakamisen muista perusteista ja menettelyistä sekä valtakunnallisen arviointiryhmän asettamisesta, kokoonpanosta ja tehtävistä säädettäisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Nykyinen sosiaali- ja terveysministeriön asetus yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen rahoituksesta (718/2013) on annettu lokakuussa 2013.

Pykälän 3 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädettäisiin lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen ja yliopistotasoisien terveystieteellisen tutkimustoiminnan rahoitukseen oikeutetuista palvelu- tuottajista. Nyt tästä on säädetty valtioneuvoston asetuksella 1364/2011.

Ehdotettu säännös vastaa terveydenhuoltolain 66 §:ää.

## 6 Luku **Valvonta**

Luvussa säädetään valtion viranomaisten suorittamasta alueiden toiminnan valvonnasta ja siihen liittyvästä ohjauksesta. Säännösten tavoitteena on kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan lainmukaisuuden ja laadun varmistaminen ensisijaisesti sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden vastuukuntien omaan toimintaan kohdistuvalla suunnittelulla ja seurannalla. Tätä tukee Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontaviraston (Valvira) ja aluehallintovirastojen suorittama ohjaus ja val-

vonta, joka perustuu muun muassa valvonta-ohjelmiin ja niistä informoimiseen.

**62 §. Valvonta ja siihen liittyvä ohjaus.** Ehdotettavassa pykälässä määriteltäisiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaiset ja niiden työnjako. Valvontaan kuuluu olennaisena osana ohjaus siten, että tavoitteena on yhtäältä ehkäistä jo ennalta asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä asiakkaan ja potilaan oikeuksia vaarantavien olosuhteiden ja käytäntöjen syntymistä sekä toisaalta se, että toiminnassa havaitut puutteet ja muut epäkohdat korjataan.

Aluehallintovirastot vastaavat pykälän 1 momentin perusteella ensisijaisesti sosiaali- ja terveysalueiden, perustason alueiden ja erityisvastuualueiden palvelurakenteen, toiminnan ja niiden järjestämien palvelujen lainmukaisuuden valvonnasta ja valvontaan liittyvästä ohjauksesta. Valviralle kuuluu puolestaan aluehallintovirastojen toiminnan ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaisuuden ohjaus sekä valvontaan liittyen 2 momentissa erikseen määriteltyjen valvonta-asioiden käsittely. Valviran vastuulle säädettäisiin voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti sellaiset valtakunnallisesti merkittävät asiat, joissa on tärkeä saada aikaan valtakunnallisesti yhtenäinen linjaus. Tällaisia voivat olla esimerkiksi uuden lainsäädännön tulkintatilanteet ja tilanteet, joissa ei muusta syystä ole muodostunut vakiintunutta viranomaiskäytäntöä, sekä sellaisen toiminnan asianmukaisuuden arviointi, josta ei ole olemassa säännöksiä tai valtakunnallisia suosituksia. Periaatteellisesti tärkeitä ja laajakantoisia asioita voivat olla myös esimerkiksi merkittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen liittyvät muutokset.

Lisäksi Valviralle kuuluisivat usean aluehallintoviraston toimialuetta koskevat asiat. Tällöin vältetään tilanne jossa syntyy epätie-toisuutta siitä, minkä aluehallintoviraston toimivaltaan asia kuuluu. Valvira käsittelee myös asiat, joissa aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään asiaa. Edellä mainittujen asioiden ohella Valviran toimivaltaan kuuluisivat asiat, jotka liittyvät olennaisesti virastossa muulla perusteella käsiteltävään sosiaalihuoltoon tai terveydenhuoltoon taikka terveydenhuollon ammattihenkilöä koske-

vaan asiaan. Säännös mahdollistaa tällaisten asioiden käsittelyn kokonaisuutena.

Pykälän 3 momentin perusteella Valviran ja aluehallintovirastojen tarkemmasta työnjaoista ohjauksessa ja valvonnassa voitaisiin tarvittaessa säätää valtioneuvoston asetuksella. Asetuksen säätäminen on ollut mahdollista jo voimassa olevien säännösten perusteella, mutta toistaiseksi tällaiselle asetukselle ei ole ollut tarvetta.

**63 §. Ohjaus- ja arviointikäynnit.** Valvontaviranomaiset ovat tehneet valvontatapahumiin perustuvien tarkastuskäyntien lisäksi kuntiin ja kuntayhtymiin myös sellaisia käyntejä, jotka eivät liity jonkin ilmi tulleen tai epäilyn epäkohdan selvittämiseen. Tällaiset ennakkolliset ohjaus- ja arviointikäynnit ovat saattaneet perustua esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön ja valvontaviranomaisen väliseen tulossopimukseen. Tällaisista käynneistä on sovittu etukäteen kunnan tai kuntayhtymän kanssa.

Edellä kuvatut ohjaus- ja arviointikäynnit ovat osoittautuneet hyödyllisiksi sekä kuntien että valvontaviranomaisten kannalta. Ne ovat osaltaan tukeneet valvontaohjelmien toteuttamista ja monissa tapauksissa myös uuden lainsäädännön voimaantuloon liittyvää koulutus- ja ohjaustehtävää. Säädettyään lakiin ehdotetaan nyt otettavaksi säännökset tällaisista ohjaus- ja arviointikäynneistä. Säännöksen perusteella selkeytetään valvontaviranomaisten valvottavan luo eri tarkoituksissa tekemien käyntien asemaa. Pykälässä tarkoitettuihin ohjauskäynteihin ei liity sellaista jälkivalvonnallista elementtiä kuin valvontatarkoituksessa tehtyihin tarkastuksiin ja vastaaviin käynteihin.

Ehdotettavan 1 momentin perusteella aluehallintovirastot ja Valvira voivat tehdä sosiaali- ja terveysalueille, perustason alueille ja erityisvastuualueille ohjaus- ja arviointikäyntejä. Käynnit liittyvät toiminnan ohjaukseen, arviointiin ja seurantaan. Tarkoituksena on muun muassa perehdyttää alueiden luottamushenkilöitä, johtoa ja henkilöstöä valvontaohjelmiin, lainsäädäntöön sekä muihin sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisen kannalta ajankohtaisiin asioihin. Näihin käynteihin liittyy yleensä myös molemminpuolinen tietojen vaihto. Käyntien yhteydes-

sä valvontaviranomaiset saavat tietoja käynnin kohteen toiminnasta, palvelujen toteutustavoista ja paikallisista olosuhteista.

Pykälän 2 momentin mukaan ohjauksellisista käynneistä ja niiden ohjelmasta on aina sovittava ennakkoon asianomaisen sosiaali- ja terveysalueen, perustason alueen ja erityisvastuualueen kanssa. Ohjaus- ja arviointikäynnin toteuttaminen edellyttää tämän mukaisesti aina, että käynnin ajankohta sopii kohteena olevalle alueelle. Käynnin kohteella on myös mahdollisuus ilmoittaa, että se ei pidä valvontaviranomaisen suunnittelemaa ohjauskäyntiä tarpeellisena.

**64 §. Tarkastusoikeus.** Pykälässä säädettäisiin sosiaali- ja terveysalueiden, perustason alueiden ja erityisvastuualueiden toiminnan ja palveluiden sekä niihin käytettävien yksiköiden ja muiden toimitilojen tarkastuksesta. Säännökset vastaisivat asiasisällöltään nykyisin muun muassa kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja sosiaalihuoltolaissa olevia säännöksiä.

Pykälän 1 momentin mukaan Valvira ja aluehallintovirasto voisivat tarkastaa sosiaali- ja terveysalueen, perustason alueen ja erityisvastuualueen toiminnan ja palvelut sekä niiden järjestämisessä ja tuottamisessa käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat silloin, kun tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Perusteena voi olla esimerkiksi kantelukirjoitus tai tiedotusvälineissä esillä olleet väitteet tai epäilyt mahdollisista epäkohdista. Koska Valviran mahdollisuudet tehdä itse tarkastuksia ovat rajoitetut, ehdotetaan lainkohdassa säädettäväksi myös, että Valvira voi määrätä aluehallintoviraston tekemään tarkastuksen. Myös tällöin tarkastuksen tekemiseen tulee olla perusteltu syy.

Tarkastus olisi voitava tehdä myös ennalta ilmoittamatta. Hallintolain 39 §:n 1 momentin mukaan viranomaisen on ilmoitettava toimivaltaansa kuuluvan tarkastuksen aloittamisajankohdasta asianosaiselle, jota asia välittömästi koskee, jollei ilmoittaminen vaaranna tarkastuksen tarkoituksen toteutumista. Ehdotetun pykälän mukaiset tarkastustilanteet ovat usein luonteeltaan sellaisia, että etukäteen ilmoittaminen voisi vaarantaa tarkastuksen tarkoituksen toteutumisen. Pykälän 1 momenttiin ehdotetaan sen vuoksi sisälly-

tettävän nimenomainen maininta siitä, että tarkastus voidaan tehdä ennalta ilmoittamatta.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin tarkemmin tarkastuksen suorittamisesta. Säännöksen lähtökohtana on, että tarkastajalla tulee olla oikeus päästä kaikkiin tarkastettavan kohteen toimitiloihin ja oikeus saada kaikki tarkastuksen toimittamiseksi välttämättömät tiedot ja asiakirjat. Oikeus saada tietoja ja asiakirjoja tulee olla mahdollista salassapitosäännösten estämättä. Ehdotettu säännös on tarpeen, jotta tarkastuksen yhteydessä on tarvittaessa mahdollista tarkastaa esimerkiksi potilas- ja asiakasasiakirjoja. Kohteessa saattaa myös olla tarpeen ottaa valokuvia, joiden avulla toiminnan asiamukaisuutta, esimerkiksi yksikön hygienian tai lääkkeiden käsittelyyn liittyviä seikkoja, voidaan selvittää ja arvioida myös tarkastuksen jälkeen. Joissakin tapauksissa saattaa myös olla tarpeen, että tarkastusta suorittavalla Valviran tai aluehallintoviraston virkamiehellä on mukanaan ulkopuolinen asiantuntija tai asiantuntijoita. Pykälään ehdotetaan siksi otettavaksi selventävä säännös asiantuntijoiden käyttömahdollisuudesta.

Pykälän ehdotetun 3 momentin mukaan tarkastuksesta olisi pidettävä pöytäkirjaa. Säännökseen ehdotetaan lisäksi otettavaksi valtuutussäännös, jonka perusteella tarkastuksessa huomioon otettavista seikoista, tarkastusmenettelystä sekä tarkastuksessa pidettävästä pöytäkirjasta, sen säilyttämisestä ja säilyttämisajasta voitaisiin tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella.

**65 §. Määräykset ja pakkokeinot.** Pykälässä säädettäisiin toimenpiteistä, joihin Valvira ja aluehallintovirastot voisivat ryhtyä silloin, kun sosiaali- tai terveydenhuollon järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on muutoin lainvastaista. Säännökset vastaisivat muun muassa kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoitolakiin ja sosiaalihuoltolakiin nykyisin sisältyviä säännöksiä.

Valvira tai aluehallintovirasto voisi pykälän 1 momentin perusteella antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien pois-

tamisesta. Korjaamiselle tulisi samalla antaa kohtuullinen määräaika. Määräys voisi koskea esimerkiksi toiminnassa ja toimintaperiaatteissa havaittujen virheiden tai puutteiden korjaamisesta ja esimerkiksi menettelytapojen uudistamisesta samoin kuin myös toimitiloissa olevien puutteiden korjaamisesta. Jos havaitun puutteen tai epäkohdan arvioidaan voivan vaarantaa asiakas- tai potilasturvallisuuden, toiminta voitaisiin määrätä keskeytettäväksi välittömästi. Samoin sosiaali- tai terveydenhuollon yksikön, sen osan tai laitteen käyttö voitaisiin kieltää välittömästi asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi.

Koska sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen olisi vastuukuntien ja eräissä tapauksissa kuntayhtymien lakisääteinen tehtävä, ei Valviran tai aluehallintoviraston määräys puutteellisuuden tai epäkohtien korjaamisesta tai toiminnan keskeyttäminen poistaisi vastuukunnan tai kuntayhtymän vastuuta edellä mainittujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen asianmukaisesta järjestämisestä. Valvira ja aluehallintovirastot voisivat pykälän 2 momentin mukaan velvoittaa vastuukunnan tai kuntayhtymän noudattamaan asetettuja kieltoja tai määräyksiä sakon uhalla. Sakon uhan ohella käytettävissä olisi toiminnan keskeyttäminen tai käyttökielto.

Jos Valvira tai aluehallintovirasto tekee pykälässä tarkoitetun päätöksen toiminnan keskeyttämisestä tai käyttökiellosta asiakas- tai potilasturvallisuuden perusteella, tällaista päätöstä on ehdotetun 3 momentin mukaan noudatettava mahdollisesta muutoksenhausta huolimatta. Näin siksi, että muussa tapauksessa olisi mahdollista, että muutoksenhakualan käsittelyn aikana asiakas- tai potilasturvallisuus edelleen vaarantuisi. Muutoksenhakuviranomainen voisi kuitenkin päättää valvontaviranomaisen antaman päätöksen toimeenpanon keskeyttämisestä.

Läkelain (395/1987) mukaan Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) vastaa yksin läkelain mukaisesta valvonnasta. Pykälän 4 momentissa todettaisiin selvyyden vuoksi, että pykälässä tarkoitettu Valviran ja aluehallintoviraston mahdollisuus määräyksen antamiseen taikka uhkasakon tai velvoitteen asettamiseen ei koske edellä mainitun lain mukaisesti Lääkealan turvallisuus-

ja kehittämiskeskuksen yksinomaiselle valvontavastuulle kuuluvia tehtäviä. Valviran tai aluehallintoviraston suorittaman valvonnan yhteydessä saattaa kuitenkin tulla esille lääkehuoltoon liittyviä ongelmia tai epäkohtia. Näiden asianmukaiseksi selvittämiseksi säännöksessä edellytettäisiin, että niistä ilmoitetaan Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuskeskelle. Lisäksi säteilyn käyttöä koskevista puutteista ja epäkohdista on vastavasti ilmoitettava Säteilyturvakeskukselle.

**66 §. Hallinnollinen ohjaus ja kehoitus.** Pykälässä säädettäisiin 65 §:ssä tarkoitettuja toimenpiteitä lievemmistä valvontaviranomaisen toimenpiteistä, eli Valviran ja aluehallintoviraston mahdollisuudesta antaa valvottaville niin kutsuttua hallinnollista ohjausta tai kehoitus silloin, kun sosiaali- tai terveydenhuollon järjestämisessä tai toteuttamisessa on havaittu jokin puute, virheellisyys, laiminlyönti tai muu epäkohta, mutta sen ei katsota antavan aihetta 65 §:ssä tarkoitettuihin toimenpiteisiin.

Hallinnollisen ohjauksen keinoja olisivat 1 momentin mukaan käsityksen ilmaiseminen lain mukaisesta menettelystä, huomion kiinnittäminen hyvän hallinnon vaatimuksiin ja huomautuksen antaminen. Käsityksen ilmaiseminen ja huomion kiinnittäminen ovat luonteeltaan huomautuksen antamista lievempiä keinoja. Huomautuksen antaminen olisi mahdollista vain, jos lievempiä ohjauskeinoja ei asian kokonaisarvosteluun vaikuttavien seikkojen vuoksi voitaisi pitää riittävinä. Käsityksen ilmaisemisen ja huomion kiinnittämisen tarkoituksena on ohjata valvottavaa toimimaan lain edellyttämällä tavalla ja ottamaan tulevassa toiminnassaan huomioon hyvän hallinnon vaatimukset. Myös huomautus annettaisiin vastaisen varalle ja sen tarkoituksena on huomion kiinnittämistä moittivammin ohjata lainvastaisesti toiminutta siten, etteivät todetut virheellisyudet toistuisi. Säännökset vastaisivat huomion kiinnittämisen ja huomautuksen osalta esimerkiksi kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja sosiaalihuoltolaissa nykyisin olevia säännöksiä. Pykälään on katsottu perustelluksi ottaa säännökset myös käsityksen ilmaisemisesta ottaen huomioon, että se mainitaan myös hallintolain (434/2003) muuttamisesta

annetussa hallituksen esityksessä (HE 50/2013 vp.) hallintokantelun johdosta annettavaa hallinnollista ohjausta koskevissa säännöksissä.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin myös mahdollisuudesta kehottaa valvottavaa korjaamaan todettu puute tai muu epäkohta. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole ollut aikaisemmin säännöksiä kehoituksen antamisesta, vaan sen käyttö on perustunut vakiintuneeseen käytäntöön. Kehotus on suositusluonteinen ei-velvoittava toimenpide.

Koska pykälän 1 momentissa tarkoitettujen toimenpiteet olisivat lähinnä viranomaisen tai viran tai toimenhaltijan toimintaa ohjaavia kannanottoja, pykälän 2 momenttiin ehdotetaan otettavaksi selventävä säännös, jonka mukaan pykälän mukaiseen Valviran tai aluehallintoviraston antamaan hallinnolliseen ohjaukseen tai kehoitukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Säännöksestä ilmenevä periaate vastaa korkeimman hallinto-oikeuden oikeuskäytäntöä ja olisi sama kuin muun muassa hallintolakiin lisättäväksi ehdotettujen, hallinnollista ohjausta koskevien säännösten, samoin kuin eduskunnan oikeusasiamiehen ja valtioneuvoston oikeuskanslerin antaman hallinnollisen ohjauksen kohdalla.

**67 §. Valvonta-asian käsittely.** Pykälään ehdotetaan otettaviksi valvonta-asioiden käsittelyyn liittyvää valvontaviranomaisten harkintavaltaa ja valvonta-asioiden vanhentumista koskevat säännökset.

Pykälän 1 momentin mukaan valvontaviranomaiset ryhtyisivät tietoonsa tulleen valvonta-asian perusteella niihin toimenpiteisiin, joihin ne asiakas- ja potilasturvallisuuden ja lain noudattamisen kannalta katsovat olevan aihetta. Esimerkiksi valvontaviranomaisille tehtyjen ilmoitusten perusteella vireille tulleet asiat poikkeavat käytännössä merkittävästi toisistaan vakavuudeltaan ja muulta merkitykseltään. Tarkoitus on, että Valvira ja aluehallintovirastot harkitsevat tapauskohtaisesti, millaisia toimenpiteitä kukin valvonta-asia edellyttää.

Valvonta-asian käsittelymenettely jakautuisi ehdotetun säännöksen mukaan menettelyllisesti kahteen osaan. Valviran tai aluehallin-

toviraston olisi ensin perehdyttävä sen tietoon tulleeseen asiaan ja tehtävä siitä alustava kokonaisarvio asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisen ja lain noudattamisen valvonnan näkökulmasta. Tämän jälkeen valvovan viranomaisen olisi ryhdyttävä tekemänsä alustavan arvion perusteella niihin toimenpiteisiin, joihin se katsoo edellä mainittujen seikkojen varmistamiseksi olevan aihetta. Valittavien toimenpiteiden ja niiden laajuuden osalta valvovan viranomaisen harkintavallan olisi tarkoitus olla laaja. Valvontaviranomainen voisi esimerkiksi hankkia asiassa tarvittaessa selvitystä puhelimitse ja laatii sen perusteella muistion, tai hankkia asiaan liittyviä asiakirjoja taikka hankkia selvitystä valvottavalta ja muilta tahoilta kirjallisilla selvitys- tai lausuntopyyntöillä. Jos asiasta tehtävän alustavan kokonaisarvion perusteella ei olisi syytä epäillä asiakas- tai potilasturvallisuuden vaarantumista tai sellaista lainvastaista menettelyä tai velvollisuuden laiminlyöntiä, joka edellyttää valvontaviranomaisen puuttumista asiaan, ei asia lähtökohtaisesti antaisi aihetta enempiin toimenpiteisiin. Säännös vastaisi hallintolaissa säädettäväksi ehdotettuja hallintokantelun käsittelysäännöksiä.

Pykälän 2 momenttiin ehdotetaan otettavaksi säännös siitä, että Valvira ja aluehallintovirastot eivät tutki kahta vuotta vanhempaan tapahtumaan perustuvaa valvonta-asiaa, ellei siihen ole erityistä syytä. Valvonnan tosiasiallinen vaikuttavuus ja tehokkuus vähenevät merkittävästi tutkittavien asioiden vanhentuuessa. Vanhojen asioiden selvittäminen on usein epätarkoituksenmukaista. Ajan kuluminen vaikuttaa myös mahdollisuuksiin selvittää asia luotettavasti. Se vaikuttaa vastaavasti heikentävästi valvonnan kohteen oikeusturvaan. Ehdotettu kahden vuoden vanhentumisaika ei olisi ehdoton, vaan määräajasta voitaisiin poiketa, jos siihen on erityisiä syitä. Säännös vastaisi hallintolain hallintokantelun vanhentumisaikaa samoin kuin eduskunnan oikeusasiamiehen ja valtioneuvoston oikeuskanslerin käsittelemien kanteluasioiden vanhentumisaikaa koskevia säännöksiä. Pykälän 3 momenttiin otettaisiin luonteeltaan informatiivinen säännös, jossa viitattaisiin muistutus- ja kantelumenettelyä

koskeviin hallintolain, potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain säännöksiin.

**68 §.** *Valvontaviranomaisen tiedonsaanti-oikeus.* Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen, perustason alueen ja erityisvastuualueen velvollisuudesta antaa pyynnöstä maksutta Sosiaali- ja terveysalan valvontavirastolle ja aluehallintovirastolle niiden ohjaus- ja valvontatehtävien toteuttamiseksi välttämättömät tiedot ja selvitykset sen estämättä, mitä salassapitovelvollisuudesta säädetään.

## 7 Luku Erinäiset säännökset

**69 §.** *Varautuminen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin.* Pykälän 1 momentissa säädettäisiin sosiaali- ja terveysalueen velvollisuudesta varautua yhteistyössä alueensa kuntien ja perustason alueiden vastuukuntien kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteitä edellyttäviin häiriötilanteisiin ja suuronnettomuuksiin. Lisäksi 1 momentissa todetaan velvollisuus laatia valmiuslain (1552/2011) 12 §:n mukainen valmiussuunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja jatkuvuuden varmistamiseksi myös poikkeusoloissa.

Säännöksen tarkoituksena on selkeyttää suunnitteluvastuita ja ohjata varautumista ja valmiussuunnittelua alueellisella pohjalla tapahtuvaksi. Alueellinen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyönä tapahtuva varautuminen ja valmiussuunnittelu tehostavat varautumista normaaliolojen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. Tämä edistää sosiaali- ja terveydenhuollon kapasiteetin ja voimavarojen sekä erityis- ja asiantuntijapalvelujen yhteiskäytön etukäteissuunnittelua. Alueellisen sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelun laatimisen tulee tapahtua alueen kuntien ja perustason alueiden kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota suunnitelman asianmukainen laatiminen ja alueen varautuminen edellyttävät.

Valmiuslain velvoite on yksittäistä kuntaa ja kuntayhtymää koskeva yleisvelvoite. Se ei sisällä suunnittelun johtosuhteita ja yhteistyötä koskevia määräyksiä. Sen vuoksi ehdo-

tettavassa järjestämislaissa edellytetään, että sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnitelma laaditaan alueellisesti yhteistyössä alueiden ja kuntien kanssa. Lisäksi erityisvastuualue vastaa 16 §:n 2 momentin 8 kohdan perusteella sosiaali- ja terveysalueiden valmiussuunnittelun yhteensovittamisesta.

Pykälän 2 momentissa säädetään valtion mahdollisuudesta osallistua sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja häiriötilanteiden hoitamiseen. Säännöksellä turvattaisiin sellaisen varautumisen valtakunnallinen ylläpitäminen, mikä ei lainsäädännön mukaan kuulu kunnan tai kuntayhtymän vastuulle. Samalla mahdollistettaisiin häiriötilanteiden jälkihoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaaminen silloin kun se tapahtuman luonne ja vastuukunnan tai kuntien voimavarat huomioon ottaen on perusteltua.

Kotimaassa ja ulkomailla tapahtuvissa suurimmassa onnettomuus- ja häiriötilanteissa kunnan tai alueen sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat ja osaaminen eivät useinkaan riitä tilanteen hallintaan tai johtamiseen. Uhrien nopean tutkimuksen, hoidon ja psykososiaalisen tuen käynnistäminen edellyttävät, että saadaan avuksi muualta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, terveydenhuollon tarvikkeita ja laitteita sekä lääkkeitä. Potilaita saatetaan joutua myös siirtämään hoidettavaksi muualle, mikä usein edellyttää ilmateitse tapahtuvan lääkinnällistä evakuointivalmiutta. Tulevaisuudessa voi tulla tarve nimetä valtakunnallisia toimijoita esimerkiksi varautumisen yhteisten tietojärjestelmien kehittämiseen ja ylläpitoon sekä muihin mahdollisiin varautumisen toimintoihin.

Ehdotettu 69 § vastaa terveydenhuoltolaisissa nyt olevaa 38 §:ää. Säännöstä on täydennetty siten, että se kattaa myös sosiaalihuollon.

**70 §. Järjestämisvastuun siirtyminen eräissä tapauksissa.** Pykälässä ehdotetaan säädettäväksi perustason alueiden ja sosiaali- ja terveysalueiden välisestä palvelujen järjestämisvastuusta niissä tapauksissa, joissa henkilö käyttää kotikuntalain (201/1994) 3 a §:ssä säädettyä oikeutta valita kotikunta. Näissä tapauksissa palveluja koskeva järjes-

tämisvastuu siirtyy muuttopäivästä lukien uuden kotikunnan mukaiselle perustason alueelle tai sosiaali- ja terveysalueelle. Pykälä vastaisi nykyistä sosiaalihuoltolain 42 a §:ää. Siihen ehdotetaan kuitenkin tehtäväksi ehdotettavasta laista johtuvat tekniset muutokset.

Pykälän mukaan silloin kun henkilö on sijoitettu perhehoitoon, laitoshoidon tai asumispalvelujen avulla järjestettyyn asumiseen toisen kunnan alueelle ja hän käyttää kotikuntalain mukaista kotikunnan valintaoikeuttaan, palveluja koskeva järjestämisvastuu siirtyy muuttopäivästä lukien sille perustason alueelle tai sosiaali- ja terveysalueelle, johon uusi kotikunta kuuluu. Jos sekä entinen että uusi kotikunta kuuluisivat samaan alueeseen, ei muutto vaikuttaisi järjestämisvastuuseen.

Henkilön sijoitus voisi perustua myös muun kuin kunnallisen viranomaisen päätökseen. Näin ollen myös esimerkiksi valtion mielisairaalassa hoidettavana olevalla henkilöllä olisi kotikuntaa koskeva valintaoikeus, vaikka hänet olisi sijoitettu sairaalaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen päätöksen perusteella. Myös näissä tilanteissa on perusteltua, että palvelujen järjestämisvastuu siirtyy uuden kotikunnan mukaiselle alueelle.

Uuden kotikunnan mukaisen perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen järjestämisvastuu koskee kaikkia henkilön tarvitsemaa palveluja. Tämän mukaisesti hänelle tulee järjestää aiemmin tehtyjen päätösten mukaiset palvelut sekä myös mahdollisesti tarvittavat uudet palvelut.

Kotikunnan muuttuminen edellyttää muuttoilmoituksen tekemistä kotikuntalaissa säädetyllä tavalla. Kotikuntalain 7 §:n mukainen ilmoitusvelvollisuus on sidottu muuttopäivän ajankohtaan siten, että ilmoitus maistraatille on tehtävä aikaisintaan kuukautta ennen muuttopäivää ja viimeistään viikon kuluttua muuttopäivästä. Kotikuntalain 3 a §:ssä tarkoitettussa tilanteessa henkilö on kuitenkin hänen kotikuntansa jo aiemmin tekemän päätöksen perusteella tosiasiallisesti muuttanut toisen kunnan alueelle. Näin ollen velvollisuutta muuttoilmoituksen tekemiseen ei voitaisi sitoa edellä mainituin tavoin tosiasiallisen muuton ajankohtaan, mutta henkilön kotikunnan muuttumisen edellytyksenä kui-

tenkin olisi, että hän tekee muuttoilmoitusta vastaavan ilmoituksen maistraatille. Kotikuntalain 7 §:n 1 momentissa säädetään tarkemmin ilmoitusvelvollisuudesta näissä tilanteissa.

**71 §. Palvelujen järjestäminen kotikunnan muuttuessa.** Pykälässä ehdotetaan säädettäväksi menettelystä siinä tapauksessa, että henkilö hakee kunnalliseen järjestämisvastuuseen perustuvaa hoitopaikkaa muun kuin kotikuntansa alueelta. Pykälä vastaa pääpiirteissään nykyistä sosiaalihuoltolain 16 a §:ää. Tekstiä muutettaisiin vastaamaan ehdotettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon uutta järjestämisrakennetta ja siihen tehtäisiin joitakin teknisiä muutoksia.

Henkilöllä, joka haluaa muuttaa toisen kunnan asukkaaksi, mutta joka ei ikänsä, vammaisuutensa tai muun sellaisen syyn vuoksi kykene asumaan siellä ilman perhehoitoa, laitoshoidtoa tai asumispalveluita, olisi pykälän 1 momentin perusteella oikeus hakea sosiaalipalveluja kyseisen kunnan mukaiselta perustason alueelta tai sosiaali- ja terveyspalvelualueelta samoin perustein kuin alueeseen kuuluvan kunnan asukas. Sosiaalihuoltolain nykyisessä 16 a §:ssä käytetty termi ”itsenäinen asuminen” on epätarkoituksenmukainen, eikä sitä enää käytettäisi nyt ehdotettavassa pykälässä.

Sen perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen, jolle hakemus on tullut, tulisi pykälän 2 momentin mukaan tehdä henkilön palvelutarpeen arviointi yhteistyössä hakijan nykyisen kotikunnan mukaisen perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen kanssa, sekä päättää siitä, myönnetäänkö palvelu vai ei. Hakemuksen vastaanottamisesta tulisi ilmoittaa henkilön palveluista hakemushetkellä vastaavalle alueelle sekä myös henkilön kotikunnalle, joka viime kädessä on osaltaan vastuussa perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen rahoituksesta.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen syksyllä 2013 julkaiseman selvityksen (Ulla Lehtonen, Eeva Nykänen ja Marja Pajukoski: Kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain 1.1.2011 voimaan tulleiden muutosten vaikutukset kunnissa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 35/2013) mukaan nykyisen sosiaalihuoltolain 16 a §:n mukaista oikeutta ha-

keutua toisen kunnan palvelujen piiriin ovat hyödyntäneet etupäässä vanhukset. Lisäksi muutto-oikeutta ovat käyttäneet jonkin verran vammaiset henkilöt, mielenterveyskuntoutujat, pitkäaikaissairaat henkilöt ja päihdekuntoutujat.

Pykälässä ei ehdoteta säädettäväksi tarkemmin siitä, minkä tyyppisiä palveluja hakemus voisi koskea tai minkä lain nojalla asiaa tulisi ensisijaisesti arvioida. Tältä osin hakemusoikeuden rajausta ohjaisi kuitenkin käytännössä asian harkintaa ja päätöksentekoa. Koska henkilö ei lähtökohtaisesti ainaakaan oman arvionsa perusteella kykenisi asumaan uudessa kotikunnassaan ilman lainkohdassa tarkoitettuja palveluita, tulisivat arvioitaviksi lähinnä laitoshoitopalvelut tai asuminen sellaisessa hoito- tai hoivapaikassa, johon voidaan järjestää ympärivuorokautisen asumisen mahdollistavat palvelut. Se seikka, mitä palveluja hakija saa hakemuksen teko- hetkellä, ei saisi kuitenkaan yksinomaan vaikuttaa hakemuksen käsittelyyn. Palvelut tulee järjestää hakijan todellisista tarpeista lähtien eikä niiden tarvitse olla järjestetty samalla tavoin kuin hakemushetkellä. Asiakkaan tilannetta arvioitaessa ei myöskään saisi vedota esimerkiksi siihen, että hakijalle on jo järjestetty tarvitsemansa palvelut. Ehdotettavalla säännöksellä ei olisi vaikutuksia asiakkaan oikeuteen valita terveydenhuollon palvelujen järjestäjä potilaan valinnanvapautta koskevan lainsäädännön mukaisesti.

Ehdotettavaa hakemusmenettelyä voidaan soveltaa myös tilanteessa, jossa henkilö on toistaiseksi kyennyt asumaan kotonaan, mutta hänen olosuhteensa ovat nopeasti muuttumassa siten, että hoidon tarvetta ja hoitopaikan luonnetta on arvioitava uudelleen. Usein muuttoa omaisten lähelle aletaan miettiä juuri siinä vaiheessa, kun heikentynyt toimintakyky tai muuttuneet elämänolosuhteet alkavat tehdä yksin asumisen vaikeaksi.

Uuden kotikunnan mukainen perustason alue tai sosiaali- ja terveysalue vastaisi jatkossa normaalien periaatteiden mukaisesti henkilön tarvitsemien palvelujen järjestämisestä. Tämä merkitsisi käytännössä esimerkiksi sitä, että uusi alue päättäisi palveluista perittävistä asiakasmaksuista oman toimintapolitiikkansa sekä sosiaali- ja terveydenhuol-

lon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) mahdollistaman liikkumavaran mukaisesti. Uusi perustason alue tai sosiaali- ja terveysalue voisi myös myöhemmin arvioida henkilön palvelutarvetta uudelleen ja sijoittaa hänet palvelutarvettaan paremmin vastaavaan hoitopaikkaan kuin mikä oli käytössä muuton jälkeen.

Hakemusasian käsittelyssä ja päätöksentössä tulisi noudattaa sosiaalihuoltolakia, sosiaalihuollon asiakaslakia sekä palvelutarpeen mukaan mahdollisesti sovellettavaksi tulevaa sosiaali- ja terveyspalveluja koskevaa erityislakia. Sosiaalipalvelujen tarpeen arvioinnista kiireellisissä tapauksissa säädetään sosiaalihuoltolain 40 a §:ssä. Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987) 3 a §:ssä säädetään erikseen palvelutarpeen selvittämisestä ja palvelusuunnitelman tekemisestä. Jos tämäntyyppiset erityissäännökset ovat sovellettavissa hakijaan, tulee niitä luonnollisesti noudattaa. Muussa tapauksessa palvelutarvetta tulee arvioida yleisesti samojen perusteiden mukaan kuin perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen kuntien omien asukkaiden hakiessa palveluja.

Hakemusasiaa käsittelevän tahon ja hakijan kotikunnan mukaisen perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen edellytetään toimivan yhteistyössä asiaa käsiteltäessä. Tämä olisi perusteltua, koska hakijan palveluista hakemushetkellä vastaavalla taholla on paras tieto hänen aiemmin tarvitsemistaan ja käyttämistään palveluista ja näin ollen mahdollisuus antaa merkittäviä tietoja hakemusasian päätöksentekoa varten. Yhteistyön käytännön toteutusta ei ehdoteta säädettäväksi tarkemmin, vaan asiaa tulisi arvioida tapauskohtaisesti. Selvimmissä yksittäistapauksissa riittävä yhteistyö saattaisi toteutua viranomaisten välisellä tietojen vaihdolla. Hakemusasian liitteeksi voitaisiin myös edellyttää hakijan palvelusuunnitelma tai muu jo olemassa oleva aineisto, jota voitaisiin käyttää hyödyksi asian ratkaisussa. Sen perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen, jonka velvollisuutena on järjestää hakijan palvelut hakemusajankohtana, olisi yleensäkin annettava hakemuksen käsittelyä varten kaikki tarvittavat tiedot. Hakemusasiaa käsittelevällä vi-

ranomaisella olisi salassapitomääräysten estämättä oikeus saada tarpeellisia tietoja muilta viranomaisilta ja muilta tahoilta sen mukaisesti kuin erityisesti sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa säädetään.

Pykälän 2 momentin nojalla perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen olisi tehtävä hakemusasiassa aina päätös. Näin ollen hakijalla olisi mahdollisuus hakea päätökseen oikaisua tai muutosta joko sosiaalihuoltolain 7 luvun säännösten tai niiden erityislakien säännösten perusteella, joita asian ratkaisussa on ensisijaisesti sovellettu.

Ehdotettavan muutoksen yhteydessä tulisi pyrkiä ehkäisemään sellainen menettely, että henkilö hakisi palvelutarpeen arviointia samanaikaisesti useasta paikasta esimerkiksi selvittääkseen sitä, mikä olisi hänen kannaltaan mahdollisimman hyvä vaihtoehto. Edellä kuvatun palvelutarpeen arviointia koskevan oikeuden epätarkoituksenmukaisen käytön estämiseksi henkilön hakemusta ei pykälän 3 momentin mukaan käsiteltäisi, jos hän on jo tehnyt vastaavan hakemuksen toiselle alueelle ja asian käsittely on vielä kesken. Hakemusmenettelyn valvonnan varmistamiseksi ehdotetaan, että sen tahon, jolle hakemus on tehty, tulee välittömästi ilmoittaa asiasta hakijan kotikunnan mukaisen perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnalle. Tällöin hakija voidaan nopeasti havaita ja estää sellainen menettely, jossa saman henkilön palvelutarpeen arviointi tulisi vireille useassa paikassa samanaikaisesti. Käytännössä alueiden välinen yhteydenpito on joka tapauksessa välttämätöntä palvelutarpeen arvioinnin suorittamiseksi, joten ilmoitusmenettelyn yhteydessä voidaan samalla sopia myös yhteistyöstä hakijan tilanteen ja hänen tarvitsemiensa palvelujen selvittämiseksi.

Pykälän 4 momentissa säädettäisiin tarkemmin menettelystä sen jälkeen, kun perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta on tehnyt hakijalle myönteisen päätöksen ja myöntänyt tälle hoitopaikan palveluineen. Henkilön tulisi tällöin määräjässä ensinnä ilmoittaa palvelujen vastaanottamisesta ja tämän jälkeen myös tosiasiallisesti muuttaa uuteen hoitopaikkaan, jotta



kotikunnan muutos ja järjestämisvastuun muutos toteutuisi. Asetettava määräaika on tarpeen siitä syystä, että palvelutarpeen arviointi ja hoitopaikkaa koskeva päätös eivät menetä merkitystään ja että henkilön nykyisen ja uuden kotikunnan mukaiset palvelujen järjestämisestä vastaavat alueet voivat riittävästi varautua tilanteeseen.

Hakijan tulisi ensiksi kahden viikon määräajassa ilmoittaa ottavansa hoitopaikan vastaan. Määräaika on perusteltua säätää lyhyeksi, jotta palvelujen vaatimien voimavarojen suunnittelu ja mitoitus eivät tarpeettomasti vaikeutuisi. Määräaika on katsottu voitavan säätää lyhyeksi myös siitä syystä, että tähän menettelyyn hakeutuvat henkilöt ovat käytännössä usein jo pitkään valmistautuneet vaihtamaan kotikuntaansa, jolloin heillä on palvelutarpeen arvioinnin ja päätöksenteon jälkeen hyvät edellytykset päättää asiasta lopullisesti.

Hakijan tulisi lisäksi kolmen kuukauden määräajassa päätöksen tiedoksi saamisesta tosiasiallisesti muuttaa osoitettuun hoitopaikkaan. Muuttajan ilmoitusvelvollisuus on kotikuntalain 7 §:n nojalla sidottu muuttopäivään siten, että ilmoitus muutosta tehdään maistraatille aikaisintaan kuukautta ennen muuttopäivää ja viimeistään viikon kuluttua muuttopäivästä. On tärkeää huomata, että tämä henkilön oma menettely olisi edellytyksenä sille, että hänen kotikuntansa todella muuttuisi ja että myös hänen tarvitsemaansa palveluja koskeva järjestämisvastuu siirtyisi päätöksen tehneelle perustason alueelle tai sosiaali- ja terveysalueelle.

Hakija voisi palvelutarpeen arvioinnin ja saamansa päätöksen jälkeen myös päättää, ettei ota tarjottua hoitopaikkaa tai palvelua vastaan. Hän voisi edelleen jättää tosiasiallisesti muuttamatta sellaiseen hänelle osoitettuun hoitopaikkaan, jonka hän on jo ilmoittanut ottavansa vastaan. Kummassakin tilanteessa menettely raukeaisi eikä henkilön kotikunta muuttuisi kotikuntalain 3 b §:n mukaisesti.

**72 §. Terveystieteiden järjestäminen eräissä tapauksissa.** Pykälässä mainittu velvoite rinnastaa eräät kolmansista maista tulleet työntekijät terveydenhuollon osalta kunnan asukkaisiin. Säännös johtuu Euroopan

Unionissa hyväksytyistä direktiiveistä. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/98/EU, jäljempänä yhdistelmäluopadirektiivi edellyttää yhdenvertaisen kohtelun toteuttamista eli direktiivin tarkoittamia työntekijöitä on kohdeltava yhdenvertaisesti jäsenvaltion omien kansalaisten kanssa muun muassa terveydenhuollossa. Säännöksen mukaan kunnan asukkaaseen rinnastettaisiin direktiivin soveltamisalaan kuuluvat henkilöt, jotka ovat Suomessa työ-, virka- tai muussa palvelussuhteessa tai jotka on vähintään kuusi kuukautta sellaisessa oltuaan rekisteröity työttömiksi työnhakijoiksi. Säännös on tarpeen, jotta myös tilapäisesti maassa oleskelevat työntekijät olisivat oikeutettuja kunnallisiin terveydenhuoltopalveluihin samoin perustein kuin kotikuntalaisen mukaiset kunnan asukkaat.

Pykälä koskee myös Euroopan unionissa hyväksytyyn direktiivin 2009/50/EY eli direktiiviä kolmansien maiden kansalaisten maahantulon ja oleskelun edellytyksistä korkeaa pätevyyttä vaativaa työtä varten, ns. erityisosaajadirektiivi. Säännös on samansisältöinen nykyisen kansanterveyslain 14 §:n kanssa ja erikoissairaanhoidon 3 §:n 1 momentin kanssa. Sisällöllisesti mainittujen direktiivien täytäntöönpanon yhteydessä tehdyt muutokset kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidon lakiin eivät muuttuisi tässä esityksessä eikä näiden työntekijöiden oikeuksiin tulisi muutosta.

**73 §. Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito.** Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen toiminnassa syntyneiden asiakas- ja potilastietojen rekisterinpidosta. Henkilötietolain (523/1999) 3 §:n 4 kohdassa olevan pääsäännön perusteella sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen toiminnassa syntyvien asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitäjä olisi asianomaisen alueen vastuukunta. Tämä tarkoittaisi myös, että esimerkiksi perustason alueella laadituissa asiakasasiakirjoissa olevien tietojen käsittely sosiaali- ja terveysalueella edellyttäisi asiakkaan erikseen antamaa suostumusta myös silloin kun on kysymys samaan kokonaisuuteen liittyvistä palveluista ja tapahtumista. Käytännössä tämä vaikeuttaa usein asiakkaiden asioiden hoitamista heidän tah-

tonsa ja etujensa vastaisesti, koska suostumuksen pyytäminen ei aina ole mahdollista juuri silloin kun tietoja ja asiakirjoja tarvitaan. Tämän vuoksi ehdotetaan, että sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta määrittellään rekisterinpitäjäksi myös niiden asiakas- ja potilasasiakirjojen osalta, jotka on laadittu perustason alueella. Säännös mahdollistaa asiakirjojen käsittelyn asiakkaiden ja potilaiden tarpeiden ja edun mukaisesti.

Asiakas- ja potilasasiakirjojen käsittelyyn sovelletaan muutoin mitä niistä säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000), potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007, jäljempänä *asiakastietolaki*), viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetussa laissa (621/1999) ja henkilötietolaissa (523/1999).

Pykälän 2 momentissa säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käytöstä sosiaali- ja terveysalueen asiakas- ja potilasrekisterien toteutuksessa. Potilasasiakirjarekisteri muodostuu sähköisistä ja paperisista potilasasiakirjoista. Asiakastietolain mukaisessa kansallisessa arkistointipalvelussa on sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden muodostamishetkellä suurin osa hoidon kannalta merkityksellisistä tiedosta. Asiakastietolaki mahdollistaa myös vanhojen tietojen tallennuksen osaksi kansallista palvelua. Rekistereiden muuttaminen kaikissa käytössä olevissa potilasjärjestelmissä vaatisi laajan kehittämistyön ja aiheuttaisi merkittävästi kustannuksia. Sen vuoksi pykälässä ehdotetaan säädettäväksi, että näiden rekistereiden muodostamisessa hyödynnettäisiin kansallista tietojärjestelmäpalvelua. Kansaneläkelaitoksen tulisi kansallisesta arkistointipalvelusta vastaavana toimijana toteuttaa tähän vaadittava toiminnallisuus. Koska kaikki asiakirjat eivät ole sähköisessä muodossa ja toisaalta koska sosiaalihuollon kansallinen tietojärjestelmäpalvelu ei ole välttämättä täysimääräisesti käytössä rekistereiden muodostamishetkellä, rajattaisiin säädös koskemaan valtakunnalliseen tietojärjestelmäpalveluun tallennettavia tietoja. Paperisten ja muiden

asiakirjojen, joita ei voi tallentaa sähköisesti, osalta rekisterinpitäjä voisi sopia tiedon tuotantaneen toimijan kanssa säilytykseen liittyvistä järjestelyistä tarkoituksenmukaisimmalla tavalla.

**74 §. Henkilöstön ammattitaidon ylläpito.** Pykälä velvoittaa sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden vastuukuntia huolehtimaan henkilöstön täydennyskoulutuksesta. Säännös velvoittaa huolehtimaan siitä, että sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu koulutuksensa, tehtäviensä, työn vaativuuden ja toimenkuvan perusteella riittävässä määrin koulutukseen siten, että se ylläpitää ja kehittää työntekijöiden ammattitaitoa ja osaamista. Mikäli työntekijöiden tehtäviä ja vastuuta muutetaan, on myös tämä otettava huomioon täydennyskoulutusta järjestettäessä. Täydennyskoulutuksen rahoitusvastuu on työnantajalla. Silloin kun palveluja ostetaan yksityiseltä palvelujen tuottajalta, sillä on rahoitusvastuu henkilökuntansa täydennyskoulutuksesta.

Lainkohdassa olevan valtuutussäännöksen perusteella sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista.

Ehdotettua pykälää osin vastaavat säännökset ovat tällä hetkellä muun muassa terveydenhuoltolain 4 ja 5 §:issä, joissa säädetään terveydenhuollon toimintaedellytyksistä ja henkilöstöstä.

**75 §. Muutoksenhaku.** Pykälässä säädetään muutoksenhausta laissa olevien säännösten perusteella annettuihin päätöksiin. Pykälän 1 momentissa säädetään muutoksenhausta kunnallisten viranomaisten tekemiin päätöksiin. Muutoksenhaku määräytyisi kuntalain 11 luvussa säädetyin mukaisesti. Sen mukaan kunnallisten toimielinten päätökseen tyytymättömän voi hakea siihen oikaisua. Oikaisuvaatimuksen johdosta annetusta päätöksestä voi valittaa hallinto-oikeuteen. Pykälän 2 momentin mukaisesti valtion viranomaisten tekemien päätösten osalta sovellettaisiin muutoksenhausta hallintolainkäyttölakia (586/1996). Säännös koskisi siten sekä valtioneuvostoa että aluehallintovirastoa ja Valviraa. Valtioneuvoston päätökseen haetaan

muutosta korkeimmalta hallinto-oikeudelta. Aluehallintoviraston ja Valviran päätökseen haetaan muutosta hallinto-oikeudelta.

**76 §. Voimaantulo.** Ehdotuksen mukaan lain voimaantulosta säädetään lailla.

## **1.2 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaantulo**

**1 §. Voimaantulo.** Pykälässä säädetään järjestämislain voimaantulon ajankohta. Ehdotuksen mukaan laki tulisi voimaan 1 päivänä tammikuuta 2015. Lain mukaisten sosiaali- ja terveysalueiden, perustason alueiden ja erityisvastuualueiden tulee kuitenkin aloittaa toimintansa vuoden 2017 alussa. Alueiden muodostamisessa noudatettavista määräajoista säädetään jäljempänä 4, 5 ja 7 - 9 §:issä.

**2 §. Alueiden muodostaminen lain voimaantullessa.** Järjestämislain mukaiset sosiaali- ja terveysalueet, perustason alueet ja erityisvastuualueet tulee muodostaa ja perustaa lain vahvistamisen jälkeen siten, että ne voivat aloittaa toimintansa viimeistään vuoden 2017 alussa. Alueiden ensikertaisesta muodostamisesta säädetään voimaantulolain 3 - 11 §:issä.

**3 §. Sosiaali- ja terveysalueen muodostaminen.** Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen muodostamisesta. Yleiset edellytykset alueiden muodostumiselle on säädetty järjestämislain 8 §:ssä. Tässä voimaantulolain säännöksessä on määritelty tarkemmin ne tekijät, jotka tulee ottaa huomioon kun alueet määritellään ensimmäisen kerran.

Pykälän 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveysalue perustuu maakuntien keskuskäytöksiin. Ne on lueteltu järjestämislain 3 §:ssä. Säännöksen perusteella sosiaali- ja terveysalueita on maakuntien lukumäärän mukaisesti vähintään 18. Maakuntien keskuskäytöksiin lisäksi alueisiin kuuluvat kunnat määrättyvät 2 - 4 momentin mukaisesti.

Pykälän 2 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalue voi muodostua myös vähintään noin 50 000 asukkaan kunnasta ja sen työssäkäyntialueeseen kuuluvista muista kunnista. Säännös mahdollistaa myös, että sosiaali-

ja terveysalue muodostuu vain yhdestä vähintään noin 50 000 asukkaan kunnasta. Säännöksen mukaisia kuntia on lakia säädetty kaksikolme, Kouvola ja Salo. Lisäksi pääkaupunkiseudun kunnista Espoon ja Vantaan asukasluvu on yli 50 000. Pääkaupunkiseudulle muodostettavista alueista säädetään kuitenkin erikseen jäljempänä 5 §:ssä.

Pykälän 3 momentissa on määritelty perusteet sille, minkä mukaan muiden kuin edellä mainittujen perusteiden mukaisten kuntien sosiaali- ja terveysalue määräytyy. Lähtökohdaksi on, että sosiaali- ja terveysalueen keskuskunnan työssäkäyntialueeseen tai yhtenäiseen yhdyskuntarakenteeseen kuuluvat kunnat kuuluvat keskuskunnan pohjalle muodostuvaan alueeseen. Säännöksen mukaan työssäkäyntialue määräytyy eri tavoin Tampereen, Turun, Oulun, Lahden, Jyväskylän tai Kuopion ympäristössä kuin muualla maassa. Ensin mainittujen kaupunkien työssäkäyntialueet muodostuvat kunnista, joiden asukkaista vähintään 35 prosenttia käy työssä keskuskäytöksiin. Muilla työssäkäyntialueilla sijaitsevan kunnan, jonka asukkaista vähintään 25 prosenttia käy työssä työssäkäyntialueen keskuskunnan alueella, on kuuluttava samaan sosiaali- ja terveysalueeseen työssäkäyntialueen keskuskunnan kanssa.

Lisäksi sosiaali- ja terveysalueen keskuskunnan kanssa yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäiseen alueeseen kuuluvien kuntien on kuuluttava samaan sosiaali- ja terveysalueeseen. Kunnat muodostavat yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäisen alueen, jos kunnan tai siihen rajoittuvan kunnan yhtenäinen keskustaajama ulottuu kunnan rajan yli tai keskustaajamaan kytkeytyvä lähitaajama ulottuu kunnan rajan yli, taikka jos toisen kunnan keskustaajaman kasvupaine kohdistuu merkittävästi kunnan alueella sijaitsevaan lähitaajamaan.

Jos kunta ei kuulu maakunnan keskuskäytöksiin tai 2 momentin 1 kohdassa tarkoitettuna kunnan kanssa samaan työssäkäyntialueeseen tai yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäiseen alueeseen, sen tulee kuulua siihen sosiaali- ja terveysalueeseen, joka on kunnan asukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kannalta tarkoituksenmukaisin. Tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa tulee

ottaa huomioon muun muassa liikenneyhteydet, luontevat asiointisuunnat sekä valintatilanteessa myös vaihtoehtoisten sosiaali- ja terveysalueiden käytössä oleva palveluvarustus ja voimavarat.

Pykälän 5 momentissa todetaan, että edellä 2 momentissa tarkoitettulla kunnalla on kuitenkin oikeus muodostaa sosiaali- ja terveysalue vain, jos sillä on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi riittävä kantokyky. Kantokykyä arvioitaessa tulee ottaa huomioon muun muassa talouden kestävyys ja vakaus, kunnan henkilöstön riittävä osaaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävyys ja saatavuus, palvelujen toteuttamisessa tarvittava infrastruktuuri sekä alueellinen eheys. Näille ei ole määriteltävissä yksiselitteisiä numeraalisia arvoja, vaan kantokyky täytyy arvioida kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveysalueen muodostamista rajoittaa lisäksi se, että työssäkäyntialueella voi olla vain yksi sosiaali- ja terveysalue.

Jotta muu kuin maakunnan keskuskaupunki voisi muodostaa sosiaali- ja terveysalueen, sen on 5 momentin perusteella ilmoitettava valtioneuvostolle viimeistään X.X.2014 hakukautensa muodostaa oma sosiaali- ja terveysalue.

**4 §. Perustason alueen muodostaminen.** Pykälässä säädetään perustason alueen muodostamisesta lain voimaantullessa. Sen 1 momentin perusteella kunta voi kuulua perustason alueeseen pykälässä säädettyihin perustein.

Pykälän 2 momentissa on perussäännös perustason alueen muodostamisesta. Säännöksen mukaan kunta voi muodostaa perustason alueen, jos sen asukasluku on vähintään noin 20 000 asukasta eikä se kuulu kuntarakennelain 4 d §:ssä tarkoitettuun yhtenäiseen yhdyskuntarakenteeseen tai työssäkäyntialueeseen maakunnan keskuskaupungin tai muun sosiaali- ja terveysalueen keskuskunnan kanssa. Kuntarakennelain 4 d §:n mukaisella yhtenäisellä yhdyskuntarakenteella tarkoitetaan tilannetta, jossa kunnan yhtenäinen keskustaajama ulottuu kunnan rajan yli tai keskustaajamaan kytkeytyvä lähitaajama ulottuu kunnan rajan yli tai jos toisen kunnan keskustaajaman kasvupaine kohdistuu merkittävästi kunnan alueella sijaitsevaan lähitaajama-

maan. Työssäkäyntialueella tarkoitetaan vastaavasti tilannetta jossa kunnan työssä käyvästä väestöstä vähintään 25 prosenttia käy työssä alueen keskuskunnan alueella. Poikkeuksena edellä mainitusta ovat Tampereen, Turun, Oulun, Lahden, Jyväskylän ja Kuopion alueet, joissa työssäkäyntikriteeri täyttyy, jos edellä mainittu osuus on vähintään 35 prosenttia työssä käyvästä väestöstä.

Pykälän 2 momentin 3 kohdassa edellytetään lisäksi, että kunta ei ole sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta tai sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän suurin kunta. Tällä rajoituksella halutaan estää se teoreettinen mahdollisuus, että vastuukunta tai alueen suurin kunta rajaisi omille asukkailleen järjestettävät perustason palvelut pois sosiaali- ja terveysalueen integroidusta palvelukokonaisuudesta.

Pykälän 3 momentin perustella perustason alueen muodostavalla kunnalla on velvollisuus toimia perustason alueen vastuukuntana työssäkäyntialueeseensa tai sen kanssa muuhun toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluville alle 20 000 asukkaan kunnille. Velvoitteen toteutuminen edellyttää lisäksi, että valtioneuvosto tekee päätöksen muiden kuntien kuulumisesta näin muodostuvaan perustason alueeseen. Perustason alueita muodostettaessa kuntia kuullaan alueiden muodostamisesta. Jos alle 20 000 asukkaan kunta ilmoittaa, että se ei halua kuulua perustason alueeseen, pääsääntönä on, että kuntaa ei velvoiteta kuulumaan perustason alueeseen. Tällöin kunta ja sen asukkaat saavat kaikki sosiaali- ja terveysalueen palvelut sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan järjestämänä.

Valtioneuvosto voi kuitenkin velvoittaa kunnan kuulumaan perustason alueeseen jos siihen on sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaiseksi järjestämiseksi erityisiä syitä. Erityisiä syitä arvioitaessa tulee ottaa huomioon sekä perustason alueen muodostavan yli 20 000 asukkaan kunnan että muiden kuntien olosuhteet ja niiden asukkaiden tarpeet.

Pykälän 4 momentissa on eräiden suurten kuntien lähiympäristössä olevia yli 20 000 asukkaan kuntia koskeva poikkeussäännös. Sen perusteella kuntarakennelain 4 d §:ssä

olevalla kunnalla voi olla oikeus itse vastata perustason palvelujen järjestämisestä asukkaalleen, vaikka 2 momentissa olevan pääsäännön perusteella se ei olisi mahdollista. Poikkeussäännöstä voidaan soveltaa vain jos kunnan asukasluku on 31 päivänä joulukuuta 2013 yli 20 000, kuntarakennelain 15 §:n tarkoittaman erityisen kuntajakoselvityksen perusteella selvitysalueella on jatkossakin vähintään kaksi yli 20 000 asukkaan kuntaa ja jos perustason alueen muodostava kunta sopii sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan tai kuntayhtymän kanssa hallinnollisista menettelyistä, joilla varmistetaan perustason palvelut järjestävän kunnan asukkaille palvelujen horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio.

Pykälän 5 momentin mukaan valtioneuvoston on sosiaali- ja terveysalueista päätettäessä todettava 4 momentissa säädettyjen edellytysten olemassaolo, jotta siinä tarkoitettulle yli 20 000 asukkaan kunnalle voidaan myöntää oikeus toimia perustason alueena. Tässä tarkoitettuun perustason alueeseen ei voi kuulua sen muodostavan yli 20 000 asukkaan kunnan lisäksi muita kuntia.

**5 §. Uudenmaan sosiaali- ja terveysalue.** Pykälän mukaan Uudenmaan maakuntaan kuuluvat kunnat muodostaisivat Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueen. Uudenmaan maakuntaan kuuluu 26 kuntaa, joista 24 kuntaa kuuluu nykyiseen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin. Uudenmaan maakuntaan kuuluva kunta voi esittää valtioneuvostolle, että se haluaa kuulua muuhun sosiaali- ja terveysalueeseen kuin Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueeseen. Uudenmaan maakunnan kunnista Myrskylä ja Pukkila kuuluvat nyt Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin.

Uudenmaan sosiaali- ja terveysalue olisi kuntayhtymä, joka vastaisi kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista alueella. Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän hallintoon sovellettaisiin kuntayhtymää koskevia yleissäännöksiä.

Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueella muodostettaisiin korkeintaan kuusi perustason aluetta, joiden vastuukuntana voisivat olla Helsingin, Espoon, Vantaan, Hyvinkään, Lohjan ja Porvoon kaupungit. Näistä Helsingin, Espoon, Vantaan ja Hyvinkään kaupun-

git kuuluvat metropolialueeseen. Lohjan ja Porvoon kaupunkiseudut erottuvat Uudenmaan maakunnassa metropolialueen ulkopuolella omikseen muun muassa 20 prosenttia työssäkäyntikriteerin ja kielellisten olosuhteiden perusteella. Vastuukuntina toimivissa kaupungeissa sijaitsee kussakin nykyisen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaalayksikkö. Yksiköiden työnjako on todettu hyvin toimivaksi. Siksi millekään perustason alueelle ei voitaisi myöntää järjestämislain 11 §:n 4 momentissa ja tämän lain 13 §:ssä tarkoitettua sosiaali- ja terveysministeriön lupaa erikoissairaanhoidon järjestämiseksi, vaan Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymä päättäisi itse työnjaosta alueellaan sijaitsevien sairaaloiden kesken. Samalla kuntayhtymällä olisi jatkossa järjestämisvastuu myös kehitysvammaisten erityishuollosta ja vaativasta sosiaalihuollosta.

Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueen erityissääntelyllä pyritään palveluiden kattavaan integraatioon ja siten estämään osaltaan segregatiota ja kuntien välistä eriytymistä. Metropolialueen heijastusvaikutusten takia Hyvinkään, Lohjan ja Porvoon perustason alueilla olisi tarpeen olla vähintään noin 50 000 asukasta.

Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän ja 2 momentissa tarkoitettujen perustason alueiden vastuukuntien tulisi laatia sopimus alueiden välisestä yhteistyöstä ja työnjaosta erikoissairaanhoidon, kehitysvammaisten erityishuollon ja vaativien sosiaalihuollon palveluiden tuottamisessa sekä ruotsinkielisen väestön palvelujen turvaamisesta ja kehittämisestä.

Voimaanpanolain 15 §:n pääsäännön mukaan kuntayhtymän kiinteistöjen, rakennusten, laitteiden, koneiden, kalusteiden omistus ja hallinnointi jää kuntayhtymän tehtäväksi. Uudenmaan sosiaali- ja terveysalue vastaisi nykyisten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin omistamien kiinteistöjen, rakennusten, laitteiden, koneiden ja kalusteiden omistuksesta ja hallinnoinnista. Voimaanpanolain mukaan kuntien omistuksessa olevat sosiaali- ja terveydenhuollon toimitilat ja muu omaisuus jäävät kuntien omistukseen, ellei toisin sovita.

Uudenmaan maakunnan aluetta koskevat erityissäännökset johtaisivat vahvempaan ja kattavampaan yhteiseen investointi-, työvoima- ja työnjakopolitiikkaan kuin järjestämissä tarkoitettu erityisvastuualueen toimeenpanosopimus mahdollistaisi. Erityisvastuualueen tehtävänä olisi erityisesti huolehtia Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueen ulkopuolelle jäävien sosiaali- ja terveysalueiden palvelujen turvaamisesta.

**6 §. Erityisvastuualue.** Pykälän perusteella erityisvastuualueita perustettaessa kuhunkin alueeseen pitää kuulua vähintään kolme sosiaali- ja terveysaluetta ja niihin kuuluvat kunnat. Näistä sosiaali- ja terveysalueista yhden alueella on oltava yliopistollinen sairaala. Lisäksi edellytetään, että erityisvastuualue muodostaa maantieteellisesti ja toiminnallisesti perustellun kokonaisuuden. Toiminnallisesti perusteltua kokonaisuutta arvioitaessa on otettava huomioon erityisesti järjestämissä lain 16 §:ssä säädetyt erityisvastuualueen tehtävät, 39 §:n mukainen erityisvastuualueen sosiaali- ja terveysalueita ja perustason alueita sitova päätösvalta sekä 46 §:ssä säädetty alueellinen kehittämistoiminta.

**7 §. Alueista päättäminen.** Ehdotettavan pykälän 1 momentin perusteella valtioneuvosto päättää sosiaali- ja terveysalueet ja perustason alueet sekä niihin kuuluvat kunnat ja alueen vastuukunnan. Jos sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvat kunnat ovat päättäneet, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaa kuntayhtymä, valtioneuvoston on ennen päätöksen tekemistä selvitettävä täyttyvätkö järjestämissä lain 19 §:n mukaiset edellytykset kuntayhtymän perustamiseksi. Alueista päätettäessä sen vastuukunta määräytyy järjestämissä lain 17 §:n 2 momentin mukaisesti. Valtioneuvosto päättää myös erityisvastuualueet ja niihin kuuluvat sosiaali- ja terveysalueet. Ennen alueista päättämistä on kuultava kuntia.

Alueista päätettäessä valtioneuvosto voi poiketa 3 ja 4 §:ssä säädetyistä väestöpohjavaatimuksista, jos siihen on erityiset perusteet, kuten kuntien asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaaminen. Tämä mahdollistaa sen, että alue muodostetaan jonkin verran säädettyä pienemmällä väestöpohjalla ja myös että siltä edellytetään suurempaa väes-

töpohjaa. Mikäli valtioneuvoston harkittavaksi tulee alueen muodostaminen säädettyä pienemmällä väestöpohjalla, on tällöin otettava huomioon alueen kantokyky ja muut edellytykset huolehtia sen järjestämissä vastuulle tulevista tehtävistä.

Jotta alueet voidaan muodostaa riittävän ajoissa ennen kuin niiden toiminnan pitää käynnistyä, on kuntien ilmoitettava valtioneuvostolle ehdotuksensa muodostettavista alueista viimeistään 31 päivänä lokakuuta 2014. Tämä mahdollistaisi sen, että valtioneuvosto voisi päättää alueista ja niihin kuuluvista kunnista viimeistään vuoden 2015 alkupuolella. Tällöin alueiden toiminnan käynnistämisen edellyttämiin valmisteluihin olisi käytettävissä hieman vajaat 2 vuotta.

**8 §. Yhteistoimintasopimus.** Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuukunnassa järjestettävää sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa koskevan yhteistoimintasopimuksen laatimisesta. Sopimuksessa määritellään alueiden toiminnan keskeiset perusteet, kuten päätöksenteon järjestäminen. Yhteistoimintasopimuksesta säädetään järjestämissä lain 21 §:ssä.

Pykälän 1 momentin mukaan yhteistoimintasopimuksesta päätetään asianomaiseen alueeseen kuuluvien kuntien edustajainkokouksessa. Jokaisella kunnalla on edustajainkokouksessa kunnan päättämä määrä edustajia, kuitenkin vähintään yksi edustaja. Kunnan edustajien äänimäärä edustajainkokouksessa määräytyy ehdotuksen mukaan edellisen vuoden lopussa olleen kunnan asukasluvun perusteella siten, että kutakin alkavaa 1 000 asukasta kohden kunnan edustajilla on yhteensä yksi ääni. Kunnan edustajien äänimäärä jakautuu tasan heistä saapuvilla olevien kesken.

Pykälän 2 momentin mukaan edustajainkokous on päätösvaltainen, kun kokouksessa on edustettuna vähintään kaksi kolmannesta alueen kunnista ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien alueen kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Pykälän 3 momentin perusteella edustajainkokous antaa tarpeelliset määräykset järjestämissä sopimuksen ja muiden asioiden valmistelusta ja päätösten täytäntöönpanosta sekä päättää yhteisten kustannusten suoritta-

misesta. Edustajainkokouksen menettelystä ja muutoksenhausta edustajainkokouksen päätökseen noudatetaan muutoin soveltuvin osin, mitä valtuustosta säädetään kuntalain 7 ja 11 luvussa.

Pykälän 4 momentin mukaan edustajainkokouksen kutsuu ensimmäisen kerran koolle asianomaisen alueen vastuukunta. Vastuukunnan valitsema henkilö johtaa kokousta, kunnes edustajainkokoukselle on valittu puheenjohtaja ja varapuheenjohtaja.

Pykälän 5 momentissa säädetään kuntien edustajainkokouksen koolle kutsumisesta. Säännöksen perusteella se on kutsuttava koolle siten, että se kokoontuu ensimmäisen kerran viimeistään xxkuussa 2015. Perustason alueen perustamista koskeva edustajainkokous on kuitenkin kutsuttava koolle siten, että se kokoontuu ensimmäisen kerran viimeistään xxkuussa 2015.

Lisäksi säännöksessä todetaan, että alueiden yhteistoimintasopimusten hyväksymisestä on päätettävä viimeistään vuoden 2015 lokakuun loppuun mennessä.

**9 §. Sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä.** Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän muodostamisesta. Järjestämislain 19 §:n perusteella alueen kunnat voivat päättää, että alueella sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaa kuntayhtymä, jos alueen keskusunnan asukasluku on alle puolet koko alueen asukasluvusta eikä keskusunnan kantokyky ole riittävä vastuukuntana toimimiseksi.

Jos kunnat sopivat, että sosiaali- ja terveystalouden toiminnasta vastaa kuntayhtymä, kuntayhtymä perustetaan alueen kuntien edustajainkokouksessa. Säännöksen perusteella edustajainkokouksen kutsuu koolle alueen suurin kunta. Edustajainkokous päättää kuntayhtymän perussopimuksen hyväksymisestä. Muutoin edustajainkokoukseen sovelletaan mitä edellä 8 §:ssä säädetään sosiaali- ja terveystalouden perustamisesta. Lisäksi kuntayhtymän perustamisesta tulee ottaa huomioon kuntalain säännökset kuntayhtymän perussopimuksesta.

**10 §. Erityisvastuualueen yhtymäkokous.** Yhtymäkokouksen kutsuisi pykälän 1 momentin mukaan ensimmäisen kerran koolle erityisvastuualueen asukasluvultaan suurim-

man sosiaali- ja terveystalouden edustaja, jonka kyseinen sosiaali- ja terveystaloue nimeäisi. Hän johtaisi kokousta, kunnes yhtymäkokoukselle on valittu puheenjohtaja.

Kuntien tulisi sopia perustason alueiden ja sosiaali- ja terveystaloudeiden yhteistoimintasopimuksista tämän lain 8 §:n mukaan viimeistään xxx kuussa 2015. Vasta tämän jälkeen voitaisiin sopia erityisvastuualueiden muodostamiseen liittyvistä asioista. Yhtymäkokous olisi kutsuttava ehdotettavan 2 momentin mukaan koolle vuoden 2016 alussa. Yhtymäkokouksen olisi kokoonnuttava ensimmäisen kerran viimeistään xxx kuussa 2016. Erityisvastuualueen perussopimuksen hyväksymisestä tulisi päättää viimeistään xxx ja toimeenpanosopimuksen hyväksymisestä viimeistään xxxx.

**11 §. Valtioneuvoston toimivalta sosiaali- ja terveystaloudeiden ja perustason alueen yhteistoimintasopimuksesta.** Pykälässä säädettäisiin valtioneuvoston toimivallasta sosiaali- ja terveystaloudeita ja perustason alueita perustettaessa. Lainkohdan mukaan silloin, jos alueen yhteistoimintasopimuksesta ei olisi päätetty 8 §:n 4 momentissa säädettyyn määräaikaan mennessä, valtioneuvoston tulee päättää asianomaisen alueen kuntia kuultuaan yhteistoimintasopimuksen sisällöstä.

Valtioneuvoston päättämä yhteistoimintasopimus olisi 2 momentin mukaan voimassa siihen asti, kunnes sosiaali- ja terveystaloudeet sopivat toisin.

**12 §. Valtioneuvoston toimivalta erityisvastuualueiden perussopimuksesta.** Pykälässä säädettäisiin valtioneuvoston toimivallasta erityisvastuualueita perustettaessa. Lainkohdan mukaan silloin, jos erityisvastuualueen perussopimuksesta ei olisi päätetty 10 §:ssä säädettyyn määräaikaan mennessä, valtioneuvosto päättäisi asianomaisen alueen kuntia kuultuaan perussopimuksen sisällöstä.

Valtioneuvoston päättämä perussopimus olisi 2 momentin mukaan voimassa siihen asti, kunnes kunnat sopivat toisin.

**13 §. Perustason alueen oikeus järjestää erikoissairaanhoidon palveluja.** Jotta perustason alueella voisi olla järjestämisvastuuta erikoissairaanhoidosta, edellytetään lisäksi, että alue saa toimintaan sosiaali- ja terveystaloudeiden ministeriön myöntämän luvan. Lupa voidaan

myöntää hakemuksesta. Hakemusta käsiteltäessä ministeriön tulee kuulla erityisvastuualueetta. Ministeriön luvassa on määriteltävä ne lääketieteen erikoisalut, jotka voivat kuulua perustason alueen järjestämistä varten. Lisäksi luvassa tulee määritellä toiminnan enimmäislaajuus. Perustason alueella ei näin ollen ole oikeutta järjestää erikoissairaanhoidon palveluja luvassa todettua laajemmin. Muut kuin luvan mukaiset erikoissairaanhoidon palvelut järjestää sosiaali- ja terveysalue. Ministeriön myöntämässä luvassa voi olla myös muita toimintaa koskevia ehtoja.

Tarkempia säännöksiä peruserikoissairaanhoidon järjestämisen edellytyksenä olevasta henkilöstöstä, tiloista ja varustuksesta sekä lääketieteen aloista voidaan tarvittaessa antaa valtioneuvoston asetuksella. Lisäksi asetuksessa voitaisiin antaa määräyksiä luvan hakemisesta. Tämän perusteella voitaisiin esimerkiksi määrittellä ne selvitykset, joita perustason alueen tulee liittää hakemukseen.

Luvalla pyritään varmistamaan, että alueella on laadun ja potilasturvallisuuden näkökulmasta riittävä kyky ja osaaminen hoidon järjestämiseen, ja että erityisvastuualueelle ei synny liiallista kapasiteettia ja tarpeetonta kilpailua. Lupaa myönnettäessä olisi tarkoituksenmukaista pyytää perustason alueen hakemuksesta asianomaisen erityisvastuualueen lausunto. Erityisvastuualueen tehtävänä on tämän lakiesityksen mukaan seurata ja ohjata alueensa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä, joten sillä olisi hyvä kokonaiskuva alueensa tilanteesta.

**14 §. Henkilöstön asema.** Pykälässä säädetään kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevän henkilöstön asemasta uudistuksen toimeenpanossa.

Pykälän 1 momentin perusteella kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä ja hallinnossa olevat henkilöt siirtyvät muodostettavan sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan tai kuntayhtymän palvelukseen. Jos kunnat perustavat perustason alueen, perustason palveluja hoitava henkilöstö siirtyy tällöin perustason alueen vastuukunnan palvelukseen. Järjestämistä varten siirtyminen vastuukunnalle tai kuntayhtymälle katsotaan liikkeenluovutukseksi, jos se johtaa henkilöstön työnantajan vaihtumiseen.

Pykälän 2 momentin mukaan järjestämislain ja tämän voimaantulon mukaiset perustason alueiden ja sosiaali- ja terveysalueiden perustamista koskevat järjestelyt toteutetaan yhteistoiminnassa kuntien henkilöstön edustajien kanssa sen mukaisesti, mitä työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta kunnissa annetussa laissa (449/2007) säädetään.

Pykälään ei sisälly kuntarakennelain 29 §:ää vastaavaa säännöstä henkilöstön irtisanomissuojasta.

**15 §. Omaisuusjärjestelyt.** Pykälässä säädetään kunnissa ja kuntayhtymissä nyt sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa käytettävää omaisuutta koskevista järjestelyistä uudistusta toteutettaessa. Säännöksen 1 momentin mukaan lähtökohtana on, että kunnat sopivat omaisuutta koskevista järjestelyistä. Jos kuntien kesken ei sovita omaisuutta koskevista järjestelyistä, pykälässä on asiaa koskevat säännökset.

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon alalla toimivien kuntayhtymien perussopimuksissa on kuntalain perusteella oltava säännökset siitä, miten omaisuus ja vastuu järjestetään kuntayhtymän purkautuessa. Koska muun muassa sairaanhoitopiirien omistuksessa on monissa tapauksissa erittäin suuri määrä omaisuutta, jonka jakaminen kuntien kesken tai josta sopiminen voisi olla hyvin vaikeaa, laissa ehdotetaan, että kuntayhtymät voisivat toistaiseksi jäädä hallitsemaan niiden nykyistä omaisuutta. Kuntayhtymä voi sitten esimerkiksi vuokrata kiinteistöt ja muun omaisuuden järjestämistä varten olevalle sosiaali- ja terveysalueelle tai perustason alueelle.

Pykälän 2 momentissa säädetään, että kuntayhtymien jäsenkuntien tulee muuttaa kuntayhtymän perussopimusta siten, että sen tehtävät rajoittuvat vuoden 2017 alusta lukien kiinteistöjen, rakennusten ja niihin liittyvien laitteiden, koneiden ja muun omaisuuden omistamiseen, hallintaan ja vuokraamiseen sosiaali- ja terveysalueille ja perustason alueille. Lisäksi perussopimuksessa voidaan sopia, että omaisuutta voi käyttää muutoinkin. Muutoksessa kuntayhtymien osuus omaisuudesta, varoista ja vastuista säilyy ennallaan, jolleivät kunnat muutetussa perussopimuksessa toisin sovi.



Pykälän 3 momentin perusteella kuntien omistama ja sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä oleva omaisuus jää kuntien omaisuudeksi, jolleivät kunnat alueita muodostettaessa toisin sovi. Kunnat voivat vuokrata omaisuuttaan järjestämistä vastuuksiin olevalle vastuukunnalle tai kuntayhtymälle.

Pykälän 4 momentissa todetaan, että omaisuusjärjestelyihin liittyvistä veroseuraamuksista säädetään varainsiirtoverolaissa (931/1996) ja arvonlisäverolaissa (1501/1993).

**16 §. Velvoitteiden siirtyminen.** Pykälässä säädetään sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvien velvoitteiden ja vastuitten siirtymisestä nykyisin vastuussa olevilta kunnilta ja kuntayhtymiltä perustettavien sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden vastuukunnille ja kuntayhtymille. Säännöksen 1 momentin perusteella lain voimaantuloa edeltävään aikaan perustuvat velvoitteet siirtyvät sille vastuukunnalle tai kuntayhtymälle, jolle järjestämistä vastuuksiin siirtyy.

Järjestämislaki on tarkoitettu vahvistaa keuhkollisesti 2015 ja se tulee voimaan vuoden 2015 alussa ja uusien alueiden on aloitettava toimintansa viimeistään vuoden 2017 alussa. Jotta nyt järjestämistä vastuuksiin olevat kunnat ja kuntayhtymät eivät tekisi väliaikana perustettavien alueiden kannalta tarpeettomia sopimuksia, ehdotetaan lainkohdassa lisäksi säädettäväksi, että lain vahvistamisen ja alueiden toiminnan käynnistymisen (2017 alku) välisenä aikana tehdyistä sopimusvelvoitteista vastaa sopimuksen tekijä. Järjestämistä vastuuksiin saava kunta tai kuntayhtymä ja sopimuksen tekijä voivat kuitenkin sopia, että myös tällaisena väliaikana tehtyihin sopimuksiin perustuvat velvoitteet siirtyvät toimintansa aloittavan alueen vastuukunnalle tai kuntayhtymälle.

Järjestämistä vastuuksiin voi siirtyä myös kahdelle eri alueelle, esimerkiksi osin sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnalle ja osin perustason

alueelle. Tällaisessa tilanteessa pitää myös selvittää se, miten vastuut jakautuvat. Pykälän 2 momentin perusteella vastuitten jakautuminen määriteltäisiin noudattaen kuntarakennelain 8 luvussa olevia periaatteita ja säännöksiä. Lähtökohtana on, että vastuitten jakautumisesta sovittaisiin, mutta jos sopimusta ei syntyisi, asia pitäisi ratkaista kuntarakennelain 38 §:n mukaisessa välitysmenettelyssä.

**17 §. Muutoksenhaku.** Pykälässä säädetään muutoksenhausta laissa olevien säännösten perusteella annettuihin päätöksiin. Pykälän 1 momentissa säädetään muutoksenhausta kunnallisten viranomaisten tekemiin päätöksiin. Muutoksenhaku määräytyisi kuntalain 11 luvussa säädetyn mukaisesti. Sen mukaan kunnallisten toimielinten päätökseen tyytymättömän voi hakea siihen oikaisua. Oikaisuvaatimuksen johdosta annetusta päätöksestä voi valittaa hallinto-oikeuteen. Pykälän 2 momentin mukaisesti valtion viranomaisten tekemien päätösten osalta sovellettaisiin muutoksenhausta hallintolainkäyttölakia. Säännös koskisi siten sekä valtioneuvostoa että sosiaali- ja terveysministeriötä niiden tehdessä tämän lain mukaisen päätöksen. Valtioneuvoston päätökseen haetaan muutosta korkeimmalta hallinto-oikeudelta. Aluehallintoviraston ja Valviran päätökseen haetaan muutosta hallinto-oikeudelta.

**18 §. Lain voimaantulo.** Pykälässä säädetään lain voimaantulosta. Ehdotuksen mukaan laki tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2015.

## **2 Tarkemmat säännökset**

### **3 Voimaantulo**

### **4 Suhde perustuslakiin ja säätämistäjärjestys**

Kohtia 2 - 4 täydennetään myöhemmin virkamiesvalmisteluna.

## 1.

**Laki****sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

## 1 luku

**Yleiset säännökset**

## 1 §

*Lain tarkoitus*

Tämän lain tarkoituksena on:

- 1) edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä;
- 2) edistää sosiaali- ja terveydenhuollon laatua
- 3) varmistaa asiakkaan ja potilaan oikeus hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon;
- 4) luoda edellytykset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen riittävälle ja yhdenvertaiselle saatavuudelle koko maassa;
- 5) varmistaa toimiva ja eheä sekä vaikuttava ja kustannustehokas sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne; sekä
- 6) edistää sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toiminnallista ja rakenteellista integraatiota sekä vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja alueellisesti ja valtakunnallisesti.

## 2 §

*Soveltamisala*

Tätä lakia sovelletaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja rahoitukseen sekä kehittämiseen, ohjaukseen ja valvontaan.

Yksilön ja hänen elinympäristönsä terveydensuojelua koskevien tehtävien järjestämiseen ja hallintoon sovelletaan tämän lain

sijasta ympäristöterveydenhuollon yhteistointialueesta annettua lakia (410/2009).

Tämän lain 53 ja 57 §:n säännöksiä koulutuskorvauksista sovelletaan myös Ahvenanmaan maakunnassa suoritettavaan koulutukseen.

## 3 §

*Määritelmät*

Tässä laissa tarkoitetaan:

- 1) *sosiaali- ja terveysalueella* yhdestä tai useammasta kunnasta muodostuvaa aluetta, jolla sosiaali- ja terveydenhuolto järjestetään;
- 2) *perustason alueella* yhdestä tai useammasta kunnasta koostuvaa aluetta, jolla järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palvelut;
- 3) *erityisvastuualueella* sosiaali- ja terveysalueista muodostuvaa aluetta, jonka tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan suunnittelu, ohjaaminen ja yhteensovittaminen alueellaan;
- 4) *vastuukunnalla* kuntaa, joka vastaa sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen sosiaali- ja terveydenhuollon ja siihen kuuluvien palvelujen järjestämisestä; sekä
- 5) *maakunnan keskuskaupungilla* Helsinkiä, Tamperetta, Oulua, Turkuja, Jyväskylää, Kuopiota, Lahtea, Poria, Joensuuta, Lappeenranta, Hämeenlinnaa, Vaasaa, Rovaniemeä, Seinäjokea, Kotkaa, Mikkeliä, Kokkolaa ja Kajaania.

Tämän lain säännökset sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnasta koskevat myös kuntayhtymää, joka vastaa sosiaali- ja terveysalueella palvelujen järjestämisestä, jollei laissa toisin säädetä.

## 4 §

*Sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat*

Sosiaali- ja terveysalueella ja perustason alueella on oltava riittävät voimavarat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisten tehtävien ja palvelujen toimeenpanoon.

## 5 §

*Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus*

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on järjestettävä yhdenvertaisesti ja palveluja toteutettaessa on edistettävä esteettömyyttä. Palvelujen tulee olla sisällöltään ja laadultaan sellaisia kuin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen kuntien asukkaiden tarve edellyttävät. Palvelut on toteutettava mahdollisuuksien mukaan lähellä asukkaita. Palveluja voidaan kuitenkin keskittää, jos palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen tai niiden tarkoituksenmukainen ja kustannustehokas toteuttaminen edellyttävät sitä.

Muilla kuin 1 momentissa tarkoitetuilla kunnan asukkailla on oikeus saada sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja siten kuin siitä muualla säädetään.

## 6 §

*Palvelujen kieli*

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on järjestettävä suomeksi ja ruotsiksi silloin, kun sosiaali- ja terveysalueella tai perustason alueella on yksi tai useampi kaksikielinen kunta tai suomen- ja ruotsinkielisiä kuntia. Palvelut on järjestettävä siten, että asiakas tai potilas saa ne valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi. Oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä oikeudesta tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä. Oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään saamen kielilaisissa (1086/2003).

Palveluja järjestettäessä on lisäksi huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset

voivat 1 momentissa tarkoitettuja palveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa kieltään, suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Tällöin on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

Kansaneläkelaitoksen velvollisuudesta järjestää tulkkauspalvelua kuulo- ja kuulonäkövammaisille sekä puhevammaisille henkilöille säädetään vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta annetussa laissa (133/2010).

## 2 luku

**Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen**

## 7 §

*Sosiaali- ja terveysalue ja perustason alue*

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi on sosiaali- ja terveysalueita. Kunnan on kuuluttava sosiaali- ja terveysalueeseen. Sosiaali- ja terveysalueella vastuu palvelujen järjestämisestä on alueen vastuukunnalla tai kuntayhtymällä siten kuin 17 ja 19 §:ssä säädetään.

Kunta voi kuulua sosiaali- ja terveysalueen lisäksi perustason alueeseen jäljempänä 8 §:ssä säädetyin perustein. Perustason alueella järjestettävistä palveluista säädetään 11 §:ssä. Vastuu palvelujen järjestämisestä perustason alueella on sen vastuukunnalla.

## 8 §

*Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen muodostamisen yleiset edellytykset*

Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen on oltava alueellisesti eheitä ja toiminnallisesti tarkoituksenmukaisia kokonaisuuksia. Alueella on oltava taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.

Sosiaali- ja terveysalue muodostuu maakunnan keskuskaupungista tai vähintään 50 000 asukkaan kunnasta. Lisäksi alueeseen kuuluvat mainittujen kuntien työssäkäyntialueeseen, yhdyskuntarakenteeltaan yhtenä-

seen alueeseen tai samaan toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluvat muut kunnat.

Perustason alue muodostuu vähintään 20 000 asukkaan kunnasta. Lisäksi perustason alueeseen voi kuulua samaan työssäkäyntialueeseen, yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäiseen alueeseen tai samaan toiminnallisen kokonaisuuteen kuuluvia muita kuntia.

Työssäkäyntialueella voi olla vain yksi sosiaali- ja terveysalue. Jos kunta ei kuulu sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnan työssäkäyntialueeseen, yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäiseen alueeseen tai samaan toiminnalliseen kokonaisuuteen, sen tulee kuulua kunnan sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisen kannalta tarkoituksenmukaisimpaan alueeseen.

Uudenmaan maakuntaan kuuluvien kuntien sosiaali- ja terveysalueet voidaan muodostaa 2 ja 4 momentissa säädetystä poiketen.

Edellä 1 – 3 momentissa tarkoitettuja alueita muodostettaessa tulee pyrkiä alueisiin, joilla voidaan turvata suomen- ja ruotsinkielisen väestön oikeudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan.

Valtioneuvosto päättää kuntia kuuluaan sosiaali- ja terveysalueet, perustason alueet sekä niihin kuuluvat kunnat.

#### 9 §

##### *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa*

Kunnan on seurattava asukkaittensa elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin. Kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava kunnanvaltuustolle vuosittain. Lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava hyvinvointikertomus.

Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tavoitteet. Lisäksi sen tulee määritellä tavoitteita tukevat toimenpiteet. Päätösten vaikutukset ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen on arvioitava ennakkoon ja otettava huomioon kunnan eri toimialojen päätöksenteossa. Kunnan eri toimialojen on tehtävä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Lisäksi kunnan on nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuu-

tahot ja tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten toimijoiden sekä yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa.

Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen toiminnassa on otettava huomioon alueen kuntien asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä ehkäistävä epäkohtien syntymistä. Alueen vastuukunnan on toimittava yhteistyössä alueen kuntien kanssa ja annettava niille asiantuntija-apua hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

#### 10 §

##### *Järjestämismvastuu*

Järjestämismvastuu sisältää vastuun lakisäästeisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien hoitamisesta sekä vastuun palvelujen:

1) yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta;

2) asianmukaisesta saavutettavuudesta;

3) tarpeen ja määrän määrittelemisestä;

4) tuotantotavasta päättämisestä; sekä

5) laadun ja määrän seurannasta, kehittämistä ja valvonnasta.

Järjestämismvastuuseen sisältyy lisäksi sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen tehtäviin kuuluvan julkisen vallan käyttö.

#### 11 §

##### *Järjestämismvastuun jakautuminen sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen välillä*

Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta järjestää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoitaa muut sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät.

Jos sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluu perustason alue, sen vastuukunnalla on sosiaali- ja terveysalueen sijasta järjestämismvastuu sosiaalihuollosta ja perusterveydenhuollosta. Sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys kuuluu kuitenkin sosiaali- ja terveysalueen järjestämismvastuulle. Lailla voidaan lisäksi säätää muista tehtävistä, joiden järjestämismvastuu kuuluu perustason alueen vastuukunnan sijasta sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnalle.

Perustason alueen vastuukunta voi 1 momentissa säädetystä poiketen järjestää eri-

koissairaanhoidon palveluja, jos sosiaali- ja terveysministeriön on myöntänyt vastuukunnalle luvan siihen ennen kuin perustason alue on aloittanut toimintansa. Vastuukunnan järjestämisvastuu käsittää tällöin luvan mukaiset erikoissairaanhoidon palvelut. Jos lupa on annettu määräaikaisena, ministeriö voi uudistaa luvan. Uudistettaessa lupa, ministeriö voi tehdä muutoksia luvan mukaisen toiminnan sisältöön ja laajuuteen. Ennen luvan uudistamista, on pyydettävä erityisvastuualueen kuntayhtymän lausunto.

Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuukuntien on toimittava yhteistyössä sen varmistamiseksi, että palveluja tarvitsevat henkilöt saavat tarvitsemansa palvelut ja tuen lain mukaisesti riippumatta siitä, kumpi taho on vastuussa niiden järjestämisestä.

## 12 §

### *Tehtävien ja palvelujen järjestäminen*

Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuukunnan on järjestettävä vastuulleen kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvat tehtävät ja palvelut:

- 1) tuottamalla ne itse,
- 2) kuntalain 76 §:ssä tarkoitettulla tavalla sopimuksin yhdessä toisen sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnan kanssa,
- 3) olemalla jäsenenä palveluja tuottavassa kuntayhtymässä,
- 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta vastuukunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta, taikka
- 5) antamalla palvelunkäyttäjälle sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain (569/2009) mukaisen palvelusetelin, tai
- 6) muulla laissa säädetyllä tavalla.

## 13 §

### *Yhteistoiminta palvelutuotannossa*

Sosiaali- ja terveysalueiden vastuukunnat voivat sopia keskenään sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta. Palvelujen tuottamisesta laaditun sopimuksen tulee perustua erityisvastuualueen toimeenpanosopimuses-

sa olevaan suunnitelmaan erityisvastuualueella toteutettavista palveluista.

Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuukunta voi sopia alueeseen kuuluvien kuntien kanssa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta.

## 14 §

### *Omavalvontaohjelma*

Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuukunnan on laadittava toiminnasta ja palveluista omavalvontaohjelma. Ohjelmassa tulee määritellä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toteutuminen ja laatu sekä palveluja käyttävien henkilöiden yhdenvertaisuus varmistetaan. Omavalvontaohjelmassa on lisäksi todettava miten palvelujen toteutumista, laatua ja yhdenvertaisuutta seurataan ja miten havaitut puutteellisuudet korjataan. Omavalvontaohjelma on julkaistava internetissä.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi tarvittaessa antaa tarkempia määräyksiä omavalvontaohjelman sisällöstä ja laadimisesta.

## 15 §

### *Erityisvastuualue*

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisten ja kansallisten tehtävien hoitamiseksi on viisi erityisvastuualuetta. Kullakin erityisvastuualueella toimii yliopistollinen sairaala. Sosiaali- ja terveysalue kuuluu siihen erityisvastuualueeseen, joka on palvelujen suunnittelun ja järjestämisen kannalta tarkoituksenmukaisin.

Valtioneuvosto päättää erityisvastuualueet ja niihin kuuluvat sosiaali- ja terveysalueet.

## 16 §

### *Erityisvastuualueen tehtävät*

Erityisvastuualueen tehtävänä on ohjata ja yhteen sovittaa alueensa sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden toimintaa ja niiden järjestämiä palveluja siten, että välitetään päällekkäistä toimintaa ja palveluvajeita, edistetään voimavarojen tehokasta käyttöä ja

varmistetaan palvelujen yhdenvertainen laatu ja saatavuus sekä sosiaali- ja terveydenhuollon jatkuva kehittäminen. Erityisvastuualue vastaa myös toiminnan yhteensovittamisesta kansallisen tason strategisten linjausten kanssa ja varmistaa kansallisen ohjauksen toteutumisen toiminnassa.

Erityisvastuualue vastaa alueellaan:

1) yhteistyön ja sen rakenteiden varmistamisesta ja tukemisesta sellaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä, jotka edellyttävät yli sosiaali- ja terveysalueiden, perustason alueiden tai erityisvastuualueiden rajojen tapahtuvaa yhteistyötä;

2) sosiaali- ja terveydenhuollon osalta koko erityisvastuualueelle kohdistuvien, usean hallinnonalan yhteistyötä vaativien tehtävien ohjauksesta ja tehtävien hoitamiseksi tarvittavien päätösten tekemisestä ja määräysten antamisesta;

3) sellaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tai muiden tehtävien keskittämisestä, joita ei harvinaisuutensa tai muun erityisen seikan vuoksi ole tarkoituksenmukaisesti tuottaa alueen kaikilla sosiaali- ja terveysalueilla;

4) omalta osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, koulutus ja kehittämis-toiminnan suunnittelusta ja yhteensovittamisesta;

5) omalta osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen arvioinnista;

6) ensihoitokeskuksen perustamisesta ja ensihoitopalvelun ohjaamisesta ja yhteensovittamisesta;

7) sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan sekä asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittamisesta sekä alueellisesta kokonaisarkkitehtuurista siten kuin julkisen hallinnon tietohallinnon ohjauksesta annetussa laissa (634/2011) säädetään;

8) sosiaali- ja terveysalueiden valmiussuunnittelun yhteensovittamisesta;

9) jäljempänä 42 §:ssä tarkoitettua sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman toimeenpanosta;

10) edellä 9 §:ssä tarkoitettua hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevan alueellisen yhteistyön varmistamisesta ja tukemisesta sosiaali- ja terveydenhuollon osalta; sekä

11) hyvinvointi- ja terveysseurantatietojen analysoinnista ja hyödyntämisestä.

Sen erityisvastuualueen, johon kuuluvat saamelaiskäräjistä annetun lain (974/1995) 4 §:ssä tarkoitettua saamelaisten kotiseutualueen kunnat, tulee tehtäviään hoitaessaan ottaa erityisesti huomioon saamenkielisen väestön palvelutarpeet, sekä edistää saamenkielisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvää yhteistyötä pohjoismaiden välillä.

### 3 luku

#### Hallinto

#### *Sosiaali- ja terveysalue ja perustason alue*

#### 17 §

#### *Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen hallinto*

Sosiaali- ja terveysalueella järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta on alueen vastuukunnalla tai kuntayhtymällä. Jäljempänä 19 §:ssä säädetään edellytyksistä, joiden perusteella kunnat voivat päättää, että sosiaali- ja terveysalueen toiminnasta vastaa kuntayhtymä. Perustason alueella vastuu palvelujen järjestämisestä on vastuukunnalla.

Sosiaali- ja terveysalueen vastuukuntana toimii maakunnan keskustaajama. Jos sosiaali- ja terveysalue muodostuu 8 §:n 2 momentissa tarkoitettua vähintään 50 000 asukkaan kunnan pohjalta, vastuukuntana toimii alueen asukasluvultaan suurin kunta. Perustason alueen vastuukuntana toimii alueen asukasluvultaan suurin kunta, jos kunnat eivät ole toisin sopineet.

Jos vastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta on alueen vastuukunnalla, alueen ylintä päätösvaltaa käyttää 20 §:ssä tarkoitettu edustajainkokous. Sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteossa ja toteuttamisessa noudatettavan yhteistoiminnan keskeiset periaatteet sovitaan edustajainkokouksen päättämässä yhteistoimintasopimuksessa, josta säädetään tarkemmin 21 §:ssä. Vastuukunnassa on alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja taloudenhoidosta vastaava yhteinen toimielin, jäljempänä *toimielin*, josta säädetään tarkemmin 22 §:ssä.

## 18 §

*Oikeudellinen ja taloudellinen vastuu*

Oikeudellinen vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on vastuukunnalla. Vastuukunnan yhteinen toimielin vastaa kuitenkin 23 §:n perusteella tehdyistä päätöksistä ja niiden toimeenpanosta.

Taloudellinen vastuu toimeenpanosta päätöksistä ja niiden toimeenpanosta määräytyy siten kuin jäljempänä 25–29 ja 47–51 §:ssä säädetään.

## 19 §

*Kuntayhtymä*

Sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvat kunnat voivat sopia, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä vastaa kuntayhtymä, jos:

1) alueen keskuskunnan asukasluvusta on alle puolet koko alueen asukasluvusta; ja

2) järjestämisvastuun hoitamista kuntayhtymämallilla kannattaa vähintään puolet alueen kunnista, joiden asukasluku on vähintään kaksi kolmasosaa koko alueen yhteenlasketusta asukasluvusta.

Jos sosiaali- ja terveysalueen toiminnasta vastaa 1 momentin perusteella kuntayhtymä, siihen sovelletaan kuntalain (365/1995) säännöksiä kuntayhtymän hallinnosta, jollei tässä laissa säädetä toisin. Kuntayhtymän perussopimuksen hyväksymiseen ja muuttamiseen sovelletaan 20 §:n ja 21 §:n 3 momentin säännöksiä vastuukunnan edustajainkokouksen päätöksenteosta.

## 20 §

*Edustajainkokous*

Kuntien edustajainkokous päättää sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintasopimuksesta, toiminnallisista ja taloudellisista tavoitteista sekä talousarviosta ja taloussuunnitelmasta. Lisäksi se valitsee 22 §:ssä tarkoitettun toimeenpanon.

Edustajainkokouksessa jokaisella kunnalla on vähintään yksi kunnan valitsema edustaja. Jos kunnat eivät ole toisin sopineet, kunnan

edustajien yhteenlaskettu äänimäärä edustajainkokouksessa perustuu kunnan asukasluukuun. Kunnan valitsemien edustajien äänimäärä jakautuu tasan heistä saapuvilla olevien kesken. Edustajainkokouksen kokoonpanon tulee vastata alueen kuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta alueella vaalilaissa (714/1998) säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti.

Edustajainkokous on päätösvaltainen, kun kokouksessa on edustettuna vähintään kaksi kolmannesta edustajainkokoukseen osallistuvista kunnista ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien edustajainkokoukseen osallistuvien kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Edustajainkokouksen päätöksentekomenetelyyn ja muutoksenhakuun edustajainkokouksen päätöksistä sovelletaan mitä valtuustosta säädetään kuntalain 7 ja 11 luvussa.

## 21 §

*Yhteistoimintasopimus*

Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen kuntien edustajainkokous hyväksyy sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan yhteistoimintasopimuksen. Siinä on sovittava:

1) tavasta, jolla edustajainkokouksen ja toimeenpanon päätöksenteko järjestetään;

2) edustajainkokouksen tehtävistä ja toimivallasta;

3) kunnan edustajien lukumäärästä edustajainkokouksessa ja edustajien äänivallan määräytymisestä;

4) toimeenpanon jäsenten lukumäärästä ja äänivallan perusteista; sekä

5) sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta sekä muista taloutta koskevista asioista.

Yhteistoimintasopimuksessa voidaan myös sopia, että erikseen määrätyissä asioissa päätös edellyttää sopimuksen mukaista määränemmistöä.

Yhteistoimintasopimuksesta ja sen muuttamisesta päätetään edustajainkokouksessa. Jos kunnat eivät ole toisin sopineet, sopimuksen hyväksyminen ja muuttaminen edellyttää, että sitä kannattaa yksi tai useampi kunta, joiden asukasluku on vähintään puolet

edustajainkokouksessa läsnä olevien edustajien yhteenlasketusta äänimäärästä.

## 22 §

*Yhteinen toimielin*

Sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuukunnassa on yhteinen toimielin. Se vastaa alueen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Toimielimen jäsenet valitaan valtuuston toimikaudeksi, jollei edustajainkokous ole toisin päättänyt.

Toimielimen jäseneksi voidaan valita henkilö, joka on vaalikelpoinen alueeseen kuuluvan kunnan vastaavaan toimielimeen.

Toimielimen kokoonpanon tulee vastata alueen kuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta alueella vaalilaissa säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti.

Vastuukunnan yhteisen toimielimen kokoonpanoon sovelletaan muutoin, mitä kuntalaissa säädetään kunnan toimielimestä.

## 23 §

*Toimielimen tehtävät*

Toimielimellä on päätösvalta edellä 10 §:ssä tarkoitetuista järjestämisvastuuseen kuuluvista asioista. Toimielimen tehtävänä on yhteistoimintasopimuksen ja edustajainkokouksen asettamien toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden rajoissa:

1) huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteuttamisesta; ja

2) päättää sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä sekä seurata tavoitteiden saavuttamista ja raportoida niistä alueen kunnille.

Toimielimen tehtävänä on lisäksi valvoa sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen etua 10 §:ssä tarkoitetuissa järjestämisvastuuseen kuuluvissa asioissa, edustaa aluettaan ja tehdä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat sopimukset.

Vastuukunnan kunnanhallituksella ei ole kuntalain 51 §:ssä tarkoitettua oikeutta ottaa käsiteltäväkseen 1 momentissa tarkoitettua toimielimelle tai sen alaiselle viranomaiselle kuuluvaa asiaa, jossa asianomainen viran-

omainen on tehnyt päätöksen. Toimielimen tekemän muuhun päätökseen sovelletaan, mitä kuntalain 51 §:ssä säädetään, jolleivät kunnat ole yhteistoimintasopimuksessa toisin sopineet.

## 24 §

*Vähemmistökielen jaosto*

Erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia käsittävällä sosiaali- ja terveysalueella ja perustason alueella on oltava toimielimen asettama vähemmistökielen jaosto. Sen tehtävänä on seurata alueen kielellisen vähemmistön palvelujen saatavuutta ja laatua sekä tehdä ehdotuksia palvelujen kehittämiseksi. Jaostolla voi olla myös muita toimielimen määrittämiä tehtäviä. Vähemmistökielen jaosto antaa toimielimelle vuosittain kertomuksen vähemmistökielisten palvelujen toteutumisesta.

Vähemmistökielen jaoston jäseniksi valitaan alueen vähemmistökielistä väestöä edustavia henkilöitä.

Sosiaali- ja terveysalueella, johon kuuluu saamelaiden kotiseutualueeseen kuuluva kunta, on oltava toimielimen asettama saamenkielen jaosto. Jaoston jäseneksi valitaan saamelaiskäräjistä annetun lain (974/1995) 3 §:ssä tarkoitettuja saamelaisia edustavia henkilöitä. Jaostoon sovelletaan muutoin mitä 1 momentissa säädetään vähemmistökielen jaostosta.

Jos sosiaali- ja terveysalueen palvelujen järjestämisestä vastaa kuntayhtymä, tässä pykälässä todettu jaosto toimii kuntayhtymän hallituksen alaisena.

## 25 §

*Kirjanpitovelvollisuus*

Toimielimen järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien kirjanpito on eriytettävä vastuukunnan kirjanpidossa.

Kirjanpitolautakunnan kuntajaosto antaa ohjeita ja lausuntoja kirjanpitolain ja kuntalain 68 – 70 §:n soveltamisesta toimielimen kirjanpitovelvollisuuteen.



## 26 §

*Toimielimen tilinpäätös*

Toimielimen tilikausi on kalenterivuosi. Toimielimen on laadittava tilikaudelta erillis-tilinpäätös ja annettava se tilintarkastajien tarkastettavaksi sekä saatettava se vastuukunnan kunnanhallituksen käsiteltäväksi.

Tilinpäätökseen kuuluvat tase, tuloslaskelma, rahoituslaskelma ja niiden liitteenä olevat tiedot sekä talousarvion toteutumisvertailu ja toimintakertomus. Tilinpäätöksen tulee antaa oikeat ja riittävät tiedot toimielimen toiminnan tuloksesta, taloudellisesta asemasta ja rahoituksesta. Tätä varten tarpeelliset lisätiedot on ilmoitettava liitetiedoissa. Toimielimen erillistilinpäätös yhdistellään kunnan tilinpäätöksessä.

Tilinpäätöksen allekirjoittaa toimielimen puheenjohtaja.

## 27 §

*Toimintakertomus ja tilikauden tuloksen käsittely*

Toimielimen on toimintakertomuksessaan esitettävä selvitys sille asetettujen toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden toteutumisesta. Toimintakertomuksessa on myös annettava tietoja sellaisista sen talouteen liittyvistä olennaisista asioista, joista ei ole tehtävä selkoa tulos- tai rahoituslaskelmassa taikka taseessa. Tällaisia asioita ovat ainakin arvio todennäköisestä tulevasta kehityksestä sekä tiedot sisäisen valvonnan ja riskienhallinnan järjestämisestä ja keskeisistä johtopäätöksistä.

Jollei yhteistoimintasopimuksessa toisin määrätä, edustajainkokous hyväksyy tilinpäätöksen ja päättää vastuuvapaudesta.

## 28 §

*Toimielimen oma pääoma*

Toimielimen oma pääoma muodostuu peruspääomasta, arvonkorotusrahastosta sekä oman pääoman muista eristä.

Peruspääoma on kunnan omanpääomanen sijoitus. Arvonkorotusrahasto muo-

dostuu pysyviin vastaaviin tehdyistä arvonkorotuksista.

## 29 §

*Lainanotto*

Toimielimen toimintaa koskevasta lainasta päättää toimitin yhteistoimintasopimuksen määrittämässä rajoissa.

## 30 §

*Toimielintä koskevien säännösten soveltaminen*

Toimielimeen sovelletaan tässä luvussa säädetyn lisäksi mitä kuntalain 77 §:ssä säädetään yhteisestä toimielimestä.

*Erityisvastuualue*

## 31 §

*Erityisvastuualueen kuntayhtymä*

Erityisvastuualueelle 16 §:n mukaan kuuluvista tehtävistä vastaa erityisvastuualueen kuntayhtymä. Kuntayhtymään sovelletaan kuntalain kuntayhtymää koskevia säännöksiä, jollei tässä laissa toisin säädetä.

## 32 §

*Erityisvastuualueen yhtymäkokous*

Erityisvastuualueen yhtymäkokouksessa ovat edustettuina kaikki erityisvastuualueen sosiaali- ja terveystalouteen kuuluvat kunnat. Kuntien edustajien lukumäärä ja äänimäärä yhtymäkokouksessa määräytyy kunnan asukasluvun perusteella. Jokaisella kunnalla on yhtymäkokouksessa vähintään yksi edustaja.

Yhtymäkokous pidetään vähintään kaksi kertaa vuodessa. Yhtymäkokous on päätösvaltainen, kun kokouksessa on edustettuna vähintään kaksi kolmannesta erityisvastuualueen jäsenenä olevien kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Yhtymäkokous antaa tarpeelliset määräykset erityisvastuualueen tehtäviin liittyvien asioiden valmistelusta ja päätösten täytän-

töönpanosta sekä päättää erityisvastuualueen rahoituksesta.

## 33 §

*Hallitus ja sen tehtävät*

Erityisvastuualueen tehtävien käytännön toimeenpanosta vastaa erityisvastuualueen hallitus. Hallituksen valitsee erityisvastuualueen yhtymäkokous.

Hallitus vastaa erityisvastuualueen hallinnosta ja taloudenhoidosta sekä yhtymäkokouksen päätösten valmistelusta, täytäntöönpanosta ja laillisuuden valvonnasta. Hallitus valvoo erityisvastuualueen etua, ja, jollei perussopimuksessa toisin sovita, edustaa erityisvastuualuetta ja käyttää sen puhevaltaa.

## 34 §

*Hallituksen kokoonpano*

Erityisvastuualueen hallituksessa tulee olla vähintään yksi edustaja jokaisesta erityisvastuualueeseen kuuluvasta sosiaali- ja terveysalueesta.

Hallituksen käsitellessä 16 §:n 4 kohdassa tarkoitettuja, sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, koulutus ja kehittämistoiminnan suunnittelua ja yhteensovittamista koskevia asioita sekä 16 §:n 5 kohdassa tarkoitettuja sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen arviointia koskevia asioita, siihen kuuluu lisäksi alueen korkeakoulujen, tutkimus- ja kehittämistoiminnan sekä työvoimahallinnon ja maakunnan liittojen edustajia.

## 35 §

*Hallituksen toimivaltaisuus*

Hallitus on toimivaltainen, kun sen jäsenistä enemmän kuin puolet on läsnä.

Hallituksen toimiessa 34 §:n 2 momentissa tarkoitettussa kokoonpanossa sen toimivaltaisuuden edellytyksenä on 1 momentissa säädetyn lisäksi, että sosiaali- ja terveysalueita edustavat läsnä olevat jäsenet yhdessä puheenjohtajan kanssa muodostavat enemmistön.

## 36 §

*Erityisvastuualueen vähemmistökielen jaosto*

Erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävällä erityisvastuualueella on oltava hallituksen asettama vähemmistökielen jaosto. Sen tehtävänä on seurata erityisvastuualueen kielellisen vähemmistön palvelujen saatavuutta ja laatua sekä tehdä ehdotuksia palvelujen kehittämiseksi. Jaostolla voi olla myös muita hallituksen määräämiä tehtäviä. Jaosto antaa vuosittain erityisvastuualueelle kertomuksen vähemmistökielisten palvelujen toteutumisesta erityisvastuualueella.

Jaoston jäseniksi valitaan erityisvastuualueen kuntien vähemmistökielistä väestöstä edustavia henkilöitä.

## 37 §

*Toimeenpanosopimus*

Erityisvastuualueen tehtävien toteuttamisesta päätetään yhtymäkokouksen vahvistamassa, yhdessä erityisvastuualueeseen kuuluvien sosiaali- ja terveysalueiden vastuukuntien kanssa laaditussa toimeenpanosopimuksessa. Toimeenpanosopimuksessa on sovittava edellä 16 §:ssä tarkoitettujen tehtävien toimeenpanosta ja niiden edellyttämistä yhteistyörakenteista.

Toimeenpanosopimuksen valmistelusta ja sen toimeenpanon seurannasta vastaa erityisvastuualueen hallitus. Sopimus laaditaan neljäksi vuodeksi. Sopimuksen toteutumista on arvioitava joka toinen vuosi sekä tehtäviin siihen tarvittaessa muutokset.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä asioista, joita toimeenpanosopimukseen on sisällytettävä.

## 38 §

*Erityisvastuualueen toimintasuunnitelma*

Erityisvastuualueen yhtymäkokous vahvistaa vuosittain alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan toimintasuunnitelman. Toimintasuunnitelman tulee perustua erityisvastuualueen toimeenpanosopimukseen. Suunnitelman valmistelusta vastaa erityisvastuualueen hallitus.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä asioista, joita toimintasuunnitelmaan on sisällytettävä.

### 39 §

#### *Sosiaali- ja terveysalueita ja perustason alueita sitova erityisvastuualueen päätösvalta*

Erityisvastuualueen yhtymäkokouksella on toimintasuunnitelmaa hyväksyessään oikeus tehdä sosiaali- ja terveysalueita ja perustason alueita sekä niiden vastuukuntia sitovia päätöksiä niiden järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen tuottamisesta. Päätös voidaan tehdä tilanteissa, joissa tehtävä ratkaisu on merkittävä koko erityisvastuualueen kannalta, jolla estetään päällekkäistä toimintaa, edistetään rajallisten voimavarojen hallintaa, tai joissa on varmistettava palveluiden yhdenvertainen saatavuus, ja joiden osalta erityisvastuualueeseen kuuluvat sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden vastuukunnat eivät ole päässeet sopimukseen.

Ennen päätöksentekoa erityisvastuualueen on pyrittävä järjestämään asia sopimalla siitä sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden vastuukuntien kanssa.

### 40 §

#### *Erityisvastuualueen talousarvio*

Erityisvastuualueen talousarvion hyväksyy yhtymäkokous. Ennen hyväksymistä on erityisvastuualueeseen kuuluvien sosiaali- ja terveysalueiden toimielimille varattava mahdollisuus antaa lausunto talousarvioesityksensä ja alustavasta toimintasuunnitelmasta.

## 4 luku

### **Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen**

#### 41 §

#### *Yleinen ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen*

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

Osana tätä tehtävää sosiaali- ja terveysministeriö laatii jäljempänä 43 §:ssä tarkoitettua sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukuntaa kuullen pitkän aikavälin strategiset linjat, jotka ohjaavat palvelujen järjestämisestä vastaavia organisaatioita palvelurakenteen kehittämisessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen, suunnittelun ja kehittämisen kansallisena asiantuntijaviranomaisena toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

### 42 §

#### *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma*

Valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi hallituksen valtiontaloutta koskevien päätösten kanssa yhteensopivan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (kansallinen kehittämisohjelma). Kehittämisohjelmassa määritellään koko ohjelmakauden kattavat keskeisimmät sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. Kansallista kehittämisohjelmaa voidaan tarkistaa vuosittain ohjelman tavoitteiden toteuttamista tukevien toimenpiteiden osalta. Muutoin kansallista kehittämisohjelmaa voidaan muuttaa erityisestä syystä.

Kansallisessa kehittämisohjelmassa voidaan asettaa myös sellaisia valtion sosiaali- ja terveydenhuollon keskus- ja aluehallintoon kohdistuvia ohjelman toteuttamista koskevia keskeisimpiä tavoitteita ja toimenpidesuosituksia, jotka ovat perusteltuja kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaiseksi toteuttamiseksi.

### 43 §

#### *Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta*

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta. Sen tarkoituksena on koota ja panna toimeen sosiaali- ja terveydenhuollon kansal-

lisiä tavoitteita sekä edistää valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden yhteistyötä. Valtioneuvosto asettaa neuvottelukunnan neljäksi vuodeksi kerrallaan.

Neuvottelukunta valmistelelee sosiaali- ja terveysministeriölle kansallisesti koottujen tavoitteiden perusteella esityksen kansalliseksi kehittämisohjelmaksi sekä edistää ja seuraa ohjelman toteutumista. Lisäksi neuvottelukunta tekee sosiaali- ja terveysministeriölle tarvittaessa ehdotuksia sellaisten suositusten ja ohjeiden antamiseksi, joilla voidaan edistää ja tukea kehittämisohjelman tavoitteiden toteutumista, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan käytettävissä olevien määrärahojen kohdentamisesta kehittämis toiminnan eri painopistealueille. Neuvottelukunnan tulee hoitaa myös ne tehtävät, jotka määrätään erikseen valtioneuvoston tekemässä neuvottelukunnan asettamispäätöksessä.

Neuvottelukunnasta ja sen kokoonpanosta ja tehtävistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

#### 44 §

##### *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman johtoryhmä*

Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan yhteydessä toimii valtioneuvoston nimeämä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman johtoryhmä. Johtoryhmän tehtävänä on:

1) johtaa kansallisen kehittämisohjelman valmistelua sekä valtakunnallista ja alueellista toimeenpanoa;

2) edistää keskushallinnon ja alueiden välistä yhteistyötä;

3) käsitellä sosiaali- ja terveysjärjestöjen kanssa kansallisen kehittämisohjelman puitteissa tehtävän yhteistyön kysymyksiä;

4) käsitellä ohjaus- ja valvontatoimenpiteiden kokonaisuutta; sekä

5) hoitaa muita kansallisen kehittämisohjelman toimeenpanoon liittyviä valtakunnallisia ohjaustehtäviä.

Johtoryhmästä ja sen kokoonpanosta ja tehtävistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

#### 45 §

##### *Kehittämishankkeelle myönnettävä valtionavustus*

Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen vastuukunnalle ja erityisvastuualueen kuntayhtymälle hankeavustusta kansallisen kehittämisohjelman toteuttamiseksi valtion talousarvioon otetun määrärahan rajoissa. Kehittämishankkeen toteuttajina voi olla myös useampi alue yhdessä.

Valtionavustusta voidaan myöntää edellyttäen, että hankkeella toteutetaan kansallisessa kehittämisohjelmassa asetettuja sosiaali- ja terveyspoliittisia tavoitteita ja siinä otetaan huomioon alueelliset kehittämistarpeet.

Valtionavustukseen sovelletaan valtionavustuslakia (688/2001). Sosiaali- ja terveysministeriö on valtionapuviranomainen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämis-hankkeita koskevissa asioissa.

Sosiaali- ja terveysalueelle, perustason alueelle tai erityisvastuualueelle voidaan myöntää valtionavustusta enintään 75 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista. Sosiaali- ja terveysalueen, perustason alueen tai erityisvastuualueen omarahotusosuuden tulee olla vähintään 25 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää valtionavustuksen jakamisen perusteista, valtionavustuksen hakemisesta, myöntämisestä ja maksamisesta sekä valtionavustuksen käytön seurannasta, arvioinnista ja valvonnasta.

#### 46 §

##### *Kehittämistoiminta sosiaali- ja terveysalueella*

Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta vastaa alueensa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kehittämisestä, sen rakenteesta ja osaamisen vahvistamisesta sekä alue- ja organisaatorajat ylittävistä kehittämis-yhteistyöstä. Sosiaali- ja terveysalueen on otettava huomioon erityisvastuualueen tutkimus- ja kehittämistoimintaa koskevat linjaukset.

**Rahoitus***Erityisvastuualueen rahoitus**Alueiden toiminnan rahoitus*

## 47 §

*Perustason alueen rahoitus*

Perustason alueeseen kuuluvat kunnat vastaavat perustason alueen rahoituksesta siten kuin kuntien välisestä kustannusten jaosta on sovittu 21 §:ssä tarkoitetussa yhteistoimintasopimuksessa.

Jos kunnat eivät toisin sovi, ne osallistuvat perustason alueen kustannusten rahoitukseen kunnan asukasmäärään perustuvalla maksulla, jota on painotettu kuntien peruspalvelujen valtionosuuslaskennassa käytettävien, kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain x pykälässä tarkoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon määräytymisperusteiden mukaisesti.

## 48 §

*Sosiaali- ja terveysalueen rahoitus*

Sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvat kunnat vastaavat sosiaali- ja terveysalueen rahoituksesta siten kuin kuntien välisestä kustannusten jaosta on sovittu 21 §:ssä tarkoitetussa yhteistoimintasopimuksessa.

Jos kunnat eivät toisin sovi, ne osallistuvat sosiaali- ja terveysalueen kustannusten rahoitukseen kunnan asukasmäärään perustuvalla maksulla, jota on painotettu kuntien peruspalvelujen valtionosuuslaskennassa käytettävien, kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain x pykälässä tarkoitettujen sosiaali- ja terveydenhuollon määräytymisperusteiden mukaisesti.

Jos sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvat kunnat eivät toisin sovi, alueeseen kuuluva perustason alue osallistuu sosiaali- ja terveysalueen yhteisistä tehtävistä aiheutuviin kustannuksiin perustason alueen asukasmäärään perustuvalla maksulla, . Perustason alue maksaisi asukkaitensa käyttämistä, sosiaali- ja terveyspalvelualueen järjestämistä palveluista käytön mukaan määräytyvällä maksulla.

Erityisvastuualueen rahoituksesta vastaavat erityisvastuualueeseen kuuluvat sosiaali- ja terveysalueet.

Erityisvastuualueen rahoituksesta sovitaan erityisvastuualueen perussopimuksessa. Jos perussopimuksessa ei toisin sovi, erityisvastuualueeseen kuuluvat sosiaali- ja terveysalueet osallistuvat erityisvastuualueen kustannusten rahoitukseen asukasmäärään perustuvalla maksulla.

## 50 §

*Alijäämän kattaminen*

Sosiaali- ja terveysalueen, perustason alueen ja erityisvastuualueen talousarvion taseeseen kertynyt alijäämä tulee kattaa enintään neljän vuoden kuluessa tilinpäätöksen vahvistamista seuraavan vuoden alusta (*alijäämän kattamisvelvollisuus*).

## 51 §

*Sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuu hoidon ja hoivan kustannusten korvaamisesta*

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikössä on hoidettavana henkilö, joka ei ole toimintayksikköä ylläpitävän sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen kunnan asukas, on sen sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnan, jolla on vastuu hoidon tai hoivan järjestämisestä, korvattava aiheutuneet kustannukset, jollei kustannusten korvaamisesta muualla toisin säädetä.

Korvauksen on perustuttava tuotteistukseen tai tuotehintaan, jolla toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa. Korvauksesta vähennetään henkilön suorittama asiakasmaksu ja muut palvelun tuottajan saamat toimintatulot hoitoon tai hoivaan liittyen. Asiakasmaksu määräytyy sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) mukaisesti. Palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä voidaan tarvittaessa

säätää tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

### *Valtion koulutuskorvaukset*

#### 52 §

#### *Koulutuskorvaus yliopistolliselle sairaalalle*

Yliopistollisen sairaalan ylläpitäjälle korvataan valtion varoista kustannuksia, jotka aiheutuvat lääkärin ja hammaslääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Peruskoulutuksen korvaus lasketaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Erikoistumiskoulutuksen korvaus perustuu tutkintojen lukumäärään ja tutkinnosta määrättyyn korvaukseen.

Tutkintojen lukumäärään perustuvaa koulutuskorvausta ei kuitenkaan suoriteta terveydenhuollon erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkinnosta sekä liikuntalääketieteen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinnosta. Jos tällaista koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sen ylläpitäjälle suoritetaan valtion varoista korvausta koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin toteutuneiden koulutuskuukausien määrän perusteella.

#### 53 §

#### *Koulutuskorvaus yliopistolle*

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta järjestävälle yliopistolle korvataan valtion varoista koulutuksesta aiheutuvia kustannuksia. Erikoistumiskoulutuksen korvaus perustuu tutkintojen lukumäärään ja tutkinnosta määrättyyn korvaukseen.

#### 54 §

#### *Koulutuskorvaus muulle terveydenhuollon toimintayksikölle*

Jos lääkärin tai hammaslääkärin peruskoulutusta annetaan muussa terveydenhuollon toimintayksikössä kuin yliopistollisessa sairaalassa, sosiaali- ja terveystalouden vastuu-  
kunta, jossa on yliopistollinen sairaala, kor-

vaa kustannukset asianomaiselle julkiselle palvelun tuottajalle tai muulle sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetyille palvelujen tuottajalle siten kuin siitä on osapuolten kesken sovittu.

Jos yliopisto käyttää lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutukseen muuta terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, kunnalle, kuntayhtymälle, valtion mielisairaalalle tai muulle sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetyille palvelujen tuottajalle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein määrättyvä korvaus yliopiston hyväksymän koulutusohjelman mukaisesta erikoistumiskoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin. Korvaus perustuu toteutuneisiin koulutuskuukausiin. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen sisältyvästä yhdeksän kuukauden kestoisesta terveystaloustaloudesta johtuvista kustannuksista suoritetaan valtion varoista korvaus vain, jos terveystaloustaloudesta on varmistettu kansanterveystyön sekä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yhteistyön osaaminen. Terveystaloustaloudesta suorittavalle on lisäksi nimettävä ohjaaja, jonka tulee olla palvelussuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään ja jonka tulee varmistaa koulutuksen laatu ja kehittäminen. Terveystaloustaloudesta toteutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 §:n 3 momentissa tarkoitettua laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelman mukaisesti.

Sosiaali- ja terveystalouden ja perustason alueen vastuukunnalle sekä Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomaiselle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvaus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 13 §:ssä tarkoitettua pätevyyden edellyttämästä palvelusta, mainitun lain 4 §:n 3 momentissa tarkoitettua yleislääketieteen erityiskoulutuksesta aiheutuvista kustannuksista sekä laillistetun hammaslääkärin käytännön palvelusta ja hammaslääkärin peruskoulutukseen sisältyvästä syventävästä käytännön harjoittelusta johtuvista kustannuksista. Korvaus perustuu koulutuksessa olevien ja koulutuskuukausien määrään. Korvausta ei kuitenkaan suoriteta terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 13 §:ssä tarkoitettua palvelusta siltä osin kuin se ylittää kuusi

kuukautta, jollei Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto edellytä tätä pidempää palvelua.

### ***Valtion korvaus tutkimustoimintaan***

#### 55 §

#### *Tutkimusrahoituksen kohdentaminen*

Erityisvastuualue asettaa nelivuotiskaudeksi terveydenhuollon yliopistollisen tutkimustoimikunnan mahdollisine jaostoineen. Tutkimustoimikunnassa on monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä.

#### 56 §

#### *Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitus*

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhteistyössä 55 §:ssä tarkoitettujen erityisvastuualueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain.

Yliopistotasaiseen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille sosiaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Ministeriön päätös perustuu tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella. Jos erityisvastuualueiden aluejako muuttuu nelivuotiskauden aikana, sosiaali- ja terveysministeriön päätöstä on muutettava aluejaon muutosta vastaavasti.

Tutkimustoimikunta päättää tutkimusrahoituksen myöntämisestä alueellaan hakemusten perusteella. Terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävä sosiaali- ja terveystalouden tai perustason alueen vastuukunta, valtion mielisairaala tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetty palvelujen tuottaja voivat hakea terveyden tutkimuksen rahoitusta.

#### 57 §

#### *Valtakunnallinen terveyden tutkimuksen arviointiryhmä*

Sosiaali- ja terveysministeriö asettaa valtakunnallisen asiantuntijoista koostuvan terveyden tutkimuksen arviointiryhmän. Arviointiryhmän tehtävänä on arvioida terveyden tutkimuksen laatua, määrää ja tuloksellisuutta sekä painoalueiden ja tavoitteiden saavuttamista kuluneella nelivuotiskaudella ja tehdä sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotus yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen jakamisesta erityisvastuualueille seuraavana nelivuotiskautena.

#### ***Korvausmenettely***

#### 58 §

#### *Koulutuskorvauksen ja tutkimusrahoituksen maksaminen*

Aluehallintovirasto ja Ahvenanmaan valti-onvirasto maksavat valtion koulutuskorvauksen. Tutkintojen ja opinnot aloittaneiden opiskelijoiden määrään perustuva koulutuskorvaus maksetaan yliopistollisen sairaalan ylläpitäjälle sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta järjestävälle yliopistolle ilman eri hakemusta.

Toteutuneisiin koulutuskuukausiin perustuva korvaus maksetaan puolivuositain hakemusten perusteella. Ensimmäisen vuosipuoliskon osalta korvausta on haettava viimeistään saman vuoden syyskuun 30 päivänä ja toisen vuosipuoliskon osalta viimeistään seuraavan vuoden maaliskuun 31 päivänä. Aluehallintoviraston ja Ahvenanmaan valti-onviraston on ratkaistava määrääjassa jätetty korvaushakemus sen kalenterivuoden aikana, jolloin hakemus on saapunut. Aluehallintovirasto maksaa tutkimusrahoituksen kuukausittain erityisvastuualueen tutkimustoimikunnalle, joka maksaa rahoituksen edelleen hankkeiden toteuttajille.

Muilta osin korvauksen maksamiseen ja muuhun menettelyyn sekä muutoksenhakuun liittyvissä asioissa noudatetaan, mitä valtionavustuslain 20 §:n 1 momentissa, 21, 24–26 ja 28 §:ssä, 29 §:n 2 momentissa sekä 30 ja 34 §:ssä säädetään.

*Tietojenantovelvollisuus*

Kukin lääkäri- tai hammaslääkärikoulutusta antava yliopisto ilmoittaa kalenterivuositain sosiaali- ja terveysministeriölle suoritettujen lääkäri- ja hammaslääkäritutkintojen sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkintojen määrän.

Sosiaali- ja terveysalueen, jossa on yliopistollinen sairaala, sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta järjestävän yliopiston on annettava sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä selvitys siitä, miten se on käyttänyt saamansa koulutuskorvauksen.

Erityisvastuualueen tutkimustoimikunnan on annettava sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä selvitys siitä, mille tutkimushankkeille ja painoalueille rahoitusta on osoitettu.

## 60 §

*Kunnan tai kuntayhtymän tilojen käyttäminen koulutus- ja tutkimustoimintaan*

Yliopistolla on oikeus käyttää yliopistollista sairaalaa lääketieteellisen koulutusyksikön koulutus- ja tutkimustoiminnan tarpeisiin.

Terveydenhuoltohenkilökunnan koulutuksesta ja terveydenhuoltoalan tutkimuksesta huolehtivalla yliopistolla ja muulla sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjällä on oikeus käyttää sosiaali- ja terveysalueen sairaaloita ja erillisiä toimintayksiköitä muunkin kuin 1 momentissa tarkoitetun terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen siten kuin siitä on sovittu sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan ja koulutus- ja tutkimustoimintaa harjoittavan koulutuksen järjestäjän kesken.

Yliopistolla on oikeus käyttää perusterveydenhuollon toimintayksikön tiloja erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen sisältyvänä terveyseskuksessa suoritettavana yhdeksän kuukautta kestäväenä koulutusajana siten kuin siitä on sovittu kunnan tai kuntayhtymän ja yliopiston kesken.

Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan on huolehdittava siitä, että yliopiston ja muun sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjän käytettävissä on sellaiset koulutus- ja tutkimustoiminnassa tarvittavat huonetilat kiinteine koneineen ja laitteineen sekä koulutus- ja tutkimushenkilökunnan ja opiskelijoiden sosiaaliset tilat, jotka on välttämätöntä sijoittaa sosiaali- ja terveysalueen toimintayksikköön.

Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan palveluksessa olevat terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat velvollisia osallistumaan terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoimintaan siten kuin siitä sovitaan vastuukunnan ja yliopiston tai muun koulutuksen järjestäjän kesken.

## 61 §

*Asetuksenantovaltuus*

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta suoritettavien korvausten suuruudesta ja korvausten maksamiseen liittyvistä menettelyistä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueista ja tavoitteista sekä tutkimusrahoituksen jakamisen muista perusteista ja menettelystä sekä yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen arviointiryhmän asettamisesta, kokoonpanosta ja tehtävistä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen ja yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista.

## 6 luku

**Valvonta**

## 62 §

*Valvonta ja siihen liittyvä ohjaus*

Sosiaali- ja terveysalueiden ja perustason alueiden ja erityisvastuualueiden palvelurakenteen, toiminnan ja niiden järjestämien palvelujen lainmukaisuuden valvonta ja sii-



hen liittyvä ohjaus kuuluu aluehallintovirastolle toimialueellaan.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa aluehallintovirastojen toimintaa valvonnan ja siihen liittyvän ohjauksen toimeenpanossa, yhteensovittamisessa ja yhdenmukaistamisessa. Lisäksi lupa- ja valvontavirasto valvoo sosiaali- ja terveysalueiden, perustason alueiden ja erityisvastuualueiden palvelurakenteen, toiminnan ja niiden järjestämien palvelujen lainmukaisuutta sekä antaa valvontaan liittyvää ohjausta erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat:

1) periaatteellisesti tärkeät tai laajakantoiset asiat;

2) usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskevat asiat;

3) asiat, jotka liittyvät olennaisesti Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastossa käsiteltävään muuhun sosiaalihuoltoon tai terveydenhuoltoon taikka terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevaan valvonta-asiaan; sekä

4) asiat, joita aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston ja aluehallintovirastojen tarkemmasta työnjaosta ohjauksessa ja valvonnassa säädetään tarvittaessa valtioneuvoston asetuksella.

### 63 §

#### *Ohjaus- ja arviointikäynnit*

Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voivat tehdä 62 §:ssä tarkoitetun ohjauksen toteuttamiseksi ohjaus- ja arviointikäyntejä sosiaali- ja terveysalueille, perustason alueille ja erityisvastuualueille.

Ohjaus- ja arviointikäynneistä ja niiden ohjelmasta on sovittava ennakkoon asianomaisen sosiaali- ja terveysalueiden, perustason alueiden ja erityisvastuualueiden kanssa.

### 64 §

#### *Tarkastusoikeus*

Aluehallintovirasto ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voivat tarkastaa tässä laissa tarkoitetun toiminnan ja palvelut sekä niiden järjestämisessä käytettävät toi-

mintayksiköt ja toimitilat silloin, kun tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi määrätä aluehallintoviraston tekemään puolestaan edellä mainitun tarkastuksen. Tarkastus voidaan tehdä ennalta ilmoittamatta. Tarkastusmääräykseen ei saa hakea muutosta valittamalla.

Tarkastaja on päästettävä kaikkiin toimipaikan tiloihin. Tarkastuksessa on salassapitosäännösten estämättä esitettävä kaikki tarkastajan pyytämät asiakirjat, jotka ovat välttämättömiä tarkastuksen toimittamiseksi. Lisäksi tarkastajalle on salassapitosäännösten estämättä annettava maksutta hänen pyytämänsä jäljennökset tarkastuksen toimittamiseksi tarpeellisista asiakirjoista. Tarkastajalla on myös oikeus ottaa valokuvia tarkastuksen aikana. Tarkastajan apuna voi olla tarkastuksen toteuttamiseksi tarpeellisia asiantuntijoita.

Tarkastuksesta on pidettävä pöytäkirjaa. Tarkastuksessa erityisesti huomioon otettavista asioista ja tarkastusmenettelyn tarkemmasta sisällöstä sekä tarkastuksessa pidettävästä pöytäkirjasta ja sen säilyttämisestä ja säilyttämisaikasta voidaan tarvittaessa säätää valtioneuvoston asetuksella.

### 65 §

#### *Määräykset ja pakkokeinot*

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on muutoin tämän tai muun sosiaali- tai terveydenhuoltoon koskevan lain vastaista, aluehallintovirasto tai Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta. Määräystä annettaessa on asetettava määräaika, jonka kuluessa tarpeelliset toimenpiteet on suoritettava. Jos asiakas- tai potilasturvallisuus sitä edellyttää, toiminta voidaan määrätä välittömästi keskeytettäväksi taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kieltää välittömästi.

Aluehallintovirasto ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi velvoittaa vastuukunnan tai kuntayhtymän noudattamaan 1 momentissa tarkoitettua määräystä

sakon uhalla tai uhalla, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään.

Aluehallintoviraston ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston toiminnan keskeyttämisestä taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käytön kieltämisestä on noudatettava muutoksenhausta huolimatta, jollei muutoksenhakuviranomainen toisin määrää.

Mitä tässä pykälässä säädetään, ei koske lääkelaissa (395/1987) tarkoitettua toimintaa, jonka valvonnasta vastaa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, eikä säteilylaissa (592/1991) tarkoitettua toimintaa, jonka valvonnasta vastaa Säteilyturvakeskus. Jos Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto tai aluehallintovirasto on valvonnassaan havainnut lääkehuoltoa koskevia puutteita tai muita epäkohtia, niistä on ilmoitettava Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukselle. Säteilyn käyttöä koskevista puutteista ja epäkohdista on ilmoitettava Säteilyturvakeskukselle.

#### 66 §

##### *Hallinnollinen ohjaus ja kehoitus*

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon järjestämisessä tai toteuttamisessa havaittu puute, virheellisyys, laiminlyönti tai muu epäkohta ei anna aiheutta edellä 65 §:ssä tarkoitettuihin toimenpiteisiin, aluehallintovirasto ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voivat saattaa vastuukunnan, kuntayhtymän, toimielimen tai virheellisestä toiminnasta vastuussa olevan henkilön tietoon käsityksensä lain mukaisesta menettelystä tai kiinnittää valvottavan huomiota toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen ja hyvän hallinnon vaatimuksiin. Aluehallintovirasto ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voivat myös kehottaa valvottavaa korjaamaan todetun puutteen tai muun epäkohdan. Jos edellä tarkoitettuja toimenpiteitä ei voida asian kokonaisarviointiin vaikuttavat seikat huomioon ottaen pitää riittävinä, aluehallintovirasto ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voivat antaa valvottavalle huomautuksen vastaisen varalle.

Tässä pykälässä tarkoitettuun aluehallintoviraston tai Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston antamaan hallinnolliseen

ohjaukseen tai kehoitukseen ei saa hakea muutosta valittamalla.

#### 67 §

##### *Valvonta-asian käsittely*

Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto ja aluehallintovirasto ryhtyvät tietoonsa tulleen valvonta-asian perusteella niihin toimenpiteisiin, joihin ne asiakas- ja potilasturvallisuuden varmistamisen tai lain noudattamisen kannalta katsovat olevan aiheutta.

Kahta vuotta vanhempaan tapahtumaan perustuvaa valvonta-asiaa ei tutkita, ellei siihen ole erityistä syytä.

Muistutus ja kantelumenettelyyn perustuvasta asian ottamisesta käsiteltäväksi säädetään erikseen hallintolaissa (432/2003), potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) ja sosiaalihuollon asiakaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000).

#### 68 §

##### *Valvontaviranomaisen tiedonsaantioikeus*

Kunta ja kuntayhtymä ovat velvollisia antamaan Sosiaali- ja terveysalan valvontavirastolle ja aluehallintovirastolle niiden pyytämät tiedot ja selvitykset, jos ne ovat välttämättömiä viraston valvontatehtävän toteuttamiseksi. Tiedot ja selvitykset on annettava maksutta ja sen estämättä, mitä tietojen salassapitovelvollisuudesta säädetään.

#### 7 luku

##### **Erinäiset säännökset**

#### 69 §

##### *Varautuminen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin*

Sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan on varauduttava yhteistyössä alueensa perustason alueiden vastuukuntien ja muiden kuntien kanssa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimenpiteitä edellyttäviin häiriötilanteisiin ja suuronnettomuuksiin. Sosiaali- ja ter-

veysalueen vastuukunta on lisäksi velvollinen laatimaan yhteistyössä alueensa perustason alueiden vastuukuntien ja muiden kuntien kanssa valmiuslain (1552/2011) 12 §:n mukaisen valmiussuunnitelman sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja jatkuvuuden varmistamiseksi myös poikkeusoloissa.

Valtio voi osallistua sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja erityistilanteiden hoitamiseen rahoittamalla sellaista toimintaa, jonka korvaaminen valtion varoista on erityisesti syystä tarkoituksenmukaista. Toimintaa varten sosiaali- ja terveysministeriö voi nimetä ja valtuuttaa valtakunnallisia toimijoita.

#### 70 §

##### *Järjestämismääräysten siirtyminen eräissä tapauksissa*

Jos henkilö on sijoitettu perhehoitoon, laitoshoidon tai asumispalvelujen avulla järjestettyyn asumiseen toisen kunnan alueelle ja hän käyttää kotikuntalain (201/1994) 3 a §:ssä säädettyä kotikunnan valintaoikeuttaan, palveluja koskeva järjestämismääräys siirtyy henkilön muuttopäivästä lukien sille sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnalle, johon uusi kotikunta kuuluu.

#### 71 §

##### *Palvelujen järjestäminen kotikunnan muuttuessa*

Henkilö, joka haluaa muuttaa toisen kunnan asukkaaksi, mutta ei ikänsä, vammaisuutensa tai muun sellaisen syyn vuoksi kykene asumaan siellä ilman perhehoitoa, laitoshoidon tai asumispalveluita, voi hakea näitä palveluja siltä sosiaali- ja terveysalueelta tai perustason alueelta, johon tämä toinen kunta kuuluu, samoin perusteiden kuin jos hän olisi tämän toisen kunnan asukas.

Sen sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnan, jolle hakemus on saapunut, tulee

1) ilmoittaa salassapitosäännösten estämättä hakemuksesta ja sen käsiteltäväksi ottamisesta välittömästi hakijan kotikunnalle sekä

sille sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnalle, joka on vastuussa henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä;

2) käsitellä hakemus ja arvioida hakijan palvelutarve yhteistyössä palveluiden järjestämismääräyksessä hakemushetkellä olevan tahon kanssa; sekä

3) tehdä asiassa päätös.

Hakemusta ei kuitenkaan käsitellä, jos hakija on jo tehnyt vastaavan hakemuksen toisen sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnalle ja asian käsittely on vielä kesken.

Jos sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunta on päättänyt myöntää haetun palvelun, hakijan on ilmoitettava kahden viikon kuluessa päätöksen tiedoksi saamisesta, ottaako hän palvelun vastaan. Hakijan tulee lisäksi muuttaa päätöksen mukaiseen hoitopaikkaan tai asumispalveluun kolmen kuukauden kuluessa päätöksen tiedoksi saamisesta. Jos hakija laiminlyö edellä säädettyjen määräaikaisten noudattamisen, hänen oikeutensa päätöksen mukaisiin palveluihin raukeaa.

#### 72 §

##### *Terveydenhuollon järjestäminen eräissä tapauksissa*

Terveydenhuollon järjestämisessä kunnan asukkaaseen rinnastetaan tässä laissa myös kunnan alueella oleskeleva henkilö, jolla on ulkomaalaislain (301/2004) 78 §:n 1 tai 2 momentissa taikka 3 momentin 1, 2, 4 tai 7 kohdassa tai 79 §:n 1 momentin 1, 2 tai 6 kohdassa tarkoitettu työnteko-oikeus ja jolla on Suomessa voimassa oleva työ-, virka- tai muu palvelussuhde tai joka on vähintään kuusi kuukautta kestäneen työ-, virka- tai muun palvelussuhteen päätyttyä rekisteröity työttömäksi työnhakijaksi. Terveydenhuoltoa järjestettäessä kunnan asukkaaseen rinnastetaan tässä laissa myös kunnan alueella oleskeleva henkilö, jolle on myönnetty ulkomaalaislain 81 §:n nojalla mainitun lain 3 §:n 26 kohdassa tarkoitettu Euroopan unionin sini kortti, sekä ulkomaalaislain 37 §:ssä tarkoitettujen tällaisen henkilön perheenjäsenet.

*Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito*

Sosiaali- ja terveystalouden vastuukunta on henkilötietolain (523/1999) 3 §:n 4 kohdassa tarkoitettu rekisterinpitäjä sen omassa toiminnassa ja sen alueeseen kuuluvan perustason alueen vastuukunnan toiminnassa syntyneille sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilaskirjoille. Näihin asiakas- ja potilasasiakirjoihin ja niiden käsittelyyn sovelletaan mitä niistä säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000), potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007), viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetussa laissa (621/1999) ja henkilötietolaissa.

Sosiaali- ja terveystalouden asiakas- ja potilasrekisterit tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) mukaisia valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja käyttäen.

*Henkilöstön ammattitaidon ylläpito*

Sosiaali- ja terveystalouden ja perustason alueen vastuukunnan on huolehdittava siitä,

että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutukseen vaikuttavat peruskoulutuksen pituus, työn vaatavuus ja tehtävien sisältö. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan antaa tarvittaessa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista

*Muutoksenhaku*

Sosiaali- ja terveystalouden tai perustason alueen vastuukunnan ja erityisvastuualueen kuntayhtymän päätökseen haetaan muutosta siten kuin kuntalain 11 luvussa säädetään, jollei muualla laissa toisin säädetä.

Tämän lain nojalla tehtyyn valtion viranomaisen päätökseen haetaan muutosta valittamalla siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

*Voimaantulo*

Tämän lain voimaantulosta säädetään erikseen lailla.

## 2.

## Laki

## sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaannpanosta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

## 1 §

*Voimaantulo*

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (xxxx/2014), jäljempänä *järjestämislaki*, tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2015. Lain mukaisten sosiaali- ja terveysalueiden, perustason alueiden ja erityisvastuualueiden on aloitettava toimintansa viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2017.

## 2 §

*Alueiden muodostaminen lain voimaantullessa*

Päätettäessä järjestämislain vahvistamisen jälkeen ensimmäisen kerran sosiaali- ja terveysalueista, perustason alueista ja niihin kuuluvista kunnista sekä erityisvastuualueista ja niihin kuuluvista sosiaali- ja terveysalueista, valtioneuvoston on noudatettava mitä jäljempänä 3–11 §:ssä säädetään.

## 3 §

*Sosiaali- ja terveysalueen muodostaminen*

Sosiaali- ja terveysalue muodostuu järjestämislain 3 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitetusta maakunnan keskustaajungista ja sen kanssa jäljempänä 3 ja 4 momentin perusteella samaan alueeseen kuuluvista kunnista.

Sosiaali- ja terveysalueen voi muodostaa 1 momentissa säädetystä poiketen myös:

1) vähintään noin 50 000 asukkaan kunta ja samaan työssäkäyntialueeseen, yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäiseen alueeseen tai muutoin samaan toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluvat kunnat yhdessä; tai

2) vähintään noin 50 000 asukkaan kunta. Tampereen, Turun, Oulun, Lahden, Jyväskylän tai Kuopion työssäkäyntialueella sijaitsevan kunnan, josta vähintään 35 prosenttia ja muilla työssäkäyntialueilla sijaitsevan kunnan, josta vähintään 25 prosenttia käy työssä työssäkäyntialueen keskuskunnan alueella, on kuuluttava samaan sosiaali- ja terveysalueeseen työssäkäyntialueen keskuskunnan kanssa. Lisäksi yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäisen alueen muodostavien kuntien on kuuluttava samaan sosiaali- ja terveysalueeseen. Kunnat muodostavat yhdyskuntarakenteeltaan yhtenäisen alueen, jos kunnan tai siihen rajoittuvan kunnan yhtenäinen keskustaajama ulottuu kunnan rajan yli tai keskustaajamaan kytkeytyvä lähitaajama ulottuu kunnan rajan yli, taikka jos toisen kunnan keskustaajaman kasvupaine kohdistuu merkittävästi kunnan alueella sijaitsevaan lähitaajamaan.

Muun kuin 3 momentissa tarkoitetun kunnan on kuuluttava kunnan asukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen kannalta tarkoituksenmukaisimpaan sosiaali- ja terveysalueeseen.

Edellä 2 momentissa tarkoitetulla kunnalla on kuitenkin oikeus muodostaa sosiaali- ja terveysalue vain, jos sen asukasluvu oli 2 momentin mukainen 31 päivänä joulukuuta 2013 ja sillä on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi riittävä kantokyky. Työssä-

käyntialueella voi olla vain yksi sosiaali- ja terveysalue.

Edellä 2 momentissa tarkoitettua kunnan on ilmoitettava valtioneuvostolle x,x.201x mennessä, haluaako se muodostaa sosiaali- ja terveysalueen.

#### 4 §

##### *Perustason alueen muodostaminen*

Kunta voi kuulua sosiaali- ja terveysalueen lisäksi perustason alueeseen jäljempänä 2 - 3 momentissa mainituilla perusteilla.

Kunta voi muodostaa perustason alueen jos:

- 1) sen asukasluku vähintään noin 20 000;
- 2) se ei kuulu kuntarakennelain 4 d §:ssä tarkoitettuun yhtenäiseen yhdyskuntarakennel- tai työssäkäyntialueeseen maakunnan keskuskaupungin tai muun sosiaali- ja terveysalueen keskuskunnan kanssa; ja
- 3) se ei ole sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta tai sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän suurin kunta.

Jos 2 momentissa tarkoitettu kunta muodostaa perustason alueen ja se on työssäkäyntialueen tai muun toiminnallisen kokonaisuuden keskuskunta, sen on järjestettävä perustason palvelut myös tällaiseen toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluville alle 20 000 asukkaan kunnille, jos valtioneuvoston niin päättää. Jos tällaiseen toiminnalliseen kokonaisuuteen kuuluva alle 20 000 asukkaan kunta ilmoittaa, että se ei halua kuulua perustason alueeseen, valtioneuvosto voi päättää kunnan ilmoittamasta kannasta poiketen vain jos siihen on sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaiseksi järjestämiseksi erityisiä syitä. Muussa tapauksessa kunta kuuluu vain 3 §:ssä tarkoitettuun sosiaali- ja terveysalueeseen.

Edellä 2 momentista poiketen kunta, jossa oli 31 päivänä joulukuuta 2013 vähintään 20 001 ja enintään 50 000 asukasta, voi muodostaa yksin perustason alueen kuntarakennelain 4 d §:ssä tarkoitettulla selvitysalueella, jos:

- 1) kuntarakennelain 15 §:n tarkoittaman erityisen kuntajakoselvityksen perusteella selvitysalueella toteutuu vähintään kaksi yli 20 000 asukkaan kuntaa; ja
- 2) sosiaali- ja terveysalueen vastuukunta ja perustason alueen muodostava kunta sopivat

sellaisista hallinnollisista menettelyistä, joilla varmistetaan kunnan asukkaille palvelujen horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio.

#### 5 §

##### *Uudenmaan sosiaali- ja terveysalue*

Uudenmaan maakuntaan kuuluvat kunnat muodostavat Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueen. Valtioneuvosto voi kuitenkin päättää kunnan esityksestä, että kunta kuuluu johonkin muuhun sosiaali- ja terveysalueeseen. Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueella sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on alueen kuntien muodostamalla kuntayhtymällä.

Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueelle voidaan muodostaa enintään kuusi perustason aluetta. Perustason alueeseen kuuluvissa kunnissa on oltava yhteensä vähintään 50 000 asukasta. Perustason alueiden vastuukuntia voivat olla Espoo, Helsinki, Hyvinkää, Lohja, Porvoo ja Vantaa. Edellä mainituille perustason alueille ei voi myöntää järjestämislain 11 §:n 4 momentissa ja tämän lain 13 §:ssä tarkoitettua lupaa erikoissairaanhoidon järjestämiseksi.

Uudenmaan sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän ja 2 momentissa tarkoitettujen perustason alueiden vastuukuntien tulee laatia sopimus alueiden välisestä yhteistyöstä erikoissairaanhoidon, kehitysvammaisten erityishuollon ja vaativien sosiaalihuollon palvelujen tuottamisessa sekä ruotsinkielisen väestön palvelujen turvaamisesta ja kehittämisestä.

#### 6 §

##### *Erityisvastuualue*

Erityisvastuualueeseen kuuluu sosiaali- ja terveysalue, jonka alueella on yliopistollinen sairaala ja vähintään kaksi muuta sosiaali- ja terveysaluetta. Sosiaali- ja terveysalue kuuluu siihen erityisvastuualueeseen, joka on palvelujen suunnittelun ja järjestämisen kannalta tarkoituksenmukaisin siten kuin järjestämislain 15 §:ssä säädetään.

## 7 §

*Alueista päättäminen*

Valtioneuvosto päättää sosiaali- ja terveysalueet ja perustason alueet sekä niihin kuuluvat kunnat ja alueen vastuukunnan. Vastuukunta määräytyy tällöin järjestämislain 17 §:n 2 momentin mukaisesti. Valtioneuvosto päättää myös erityisvastuualueet ja niihin kuuluvat sosiaali- ja terveysalueet. Ennen alueista päättämistä on kuultava kuntia.

Alueista päätettäessä valtioneuvosto voi poiketa 3 ja 4 §:ssä säädetyistä väestöpohjavaatimuksista, jos siihen on erityiset perusteet, kuten kuntien asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaaminen.

Kunnan on ilmoitettava valtioneuvostolle ehdotuksensa muodostettavista alueista sosiaali- ja terveysministeriölle viimeistään 31 päivänä lokakuuta 2014.

## 8 §

*Yhteistoimintasopimus*

Järjestämislain 21 §:ssä tarkoitetusta yhteistoimintasopimuksesta sosiaali- ja terveysalueella ja perustason alueella päätetään asianomaiseen alueeseen kuuluvien kuntien edustajainkokouksessa. Jokaisella kunnalla on edustajainkokouksessa kunnan päättämä määrä edustajia, kuitenkin vähintään yksi ja enintään viisi edustajaa. Kunnan edustajien äänimäärä edustajainkokouksessa määräytyy edellisen vuoden lopussa olleen kunnan asukasluvun perusteella siten, että kutakin alkavaa 1 000 asukasta kohden kunnan edustajilla on yhteensä yksi ääni. Kunnan edustajien äänimäärä jakautuu tasan heistä saapuvilla olevien kesken.

Edustajainkokous on päätösvaltainen, kun kokouksessa on edustettuna vähintään kaksi kolmannesta alueen kunnista ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien alueeseen kuuluvien kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Edustajainkokous antaa tarpeelliset määräykset yhteistoimintasopimuksen ja muiden asioiden valmistelusta ja päätösten täytäntöönpanosta sekä päättää yhteisten kustannusten suorittamisesta. Edustajainkokouksen menettelystä ja muutoksenhausta edustajain-

kokouksen päätökseen noudatetaan muutoin soveltuvin osin, mitä valtuustosta säädetään kuntalain 7 ja 11 luvussa.

Edustajainkokouksen kutsuu ensimmäisen kerran koolle asianomaisen alueen vastuukunta. Vastuukunnan valitsema henkilö johtaa kokousta, kunnes edustajainkokoukselle on valittu puheenjohtaja ja varapuheenjohtaja.

Kuntien edustajainkokous on kutsuttava koolle siten, että se kokoontuu ensimmäisen kerran viimeistään xxkuussa 2015. Perustason alueen perustamista koskeva edustajainkokous on kuitenkin kutsuttava koolle siten, että se kokoontuu ensimmäisen kerran viimeistään xxkuussa 2015. Tässä pykälässä tarkoitettujen alueiden yhteistoimintasopimusten hyväksymisestä on päätettävä viimeistään vuoden 2015 lokakuun loppuun mennessä.

## 9 §

*Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymä*

Jos kunnat sopivat järjestämislain 19 §:n perusteella, että sosiaali- ja terveysalueen toiminnasta vastaa kuntayhtymä, kuntayhtymä perustetaan alueen kuntien edustajainkokouksessa. Edustajainkokouksen kutsuu koolle alueen suurin kunta. Edustajainkokous päättää kuntayhtymän perussopimuksen hyväksymisestä. Muutoin edustajainkokoukseen sovelletaan mitä edellä 8 §:ssä säädetään sosiaali- ja terveysalueen perustamisesta ja kuntalain 78 §:ssä kuntayhtymän perussopimuksesta.

## 10 §

*Erityisvastuualueen yhtymäkokous*

Erityisvastuualueen yhtymäkokouksen kutsuu ensimmäisen kerran koolle erityisvastuualueen asukasluvultaan suurimman sosiaali- ja terveysalueen edustaja, jonka kyseinen sosiaali- ja terveysalue nimeää. Hän johtaa kokousta, kunnes yhtymäkokoukselle on valittu puheenjohtaja.

Yhtymäkokous on kutsuttava koolle siten, että se kokoontuu ensimmäisen kerran viimeistään xxkuussa 2016. Järjestämislain 37 §:ssä tarkoitetun erityisvastuualueen toi-

meenpanosopimuksen hyväksymisestä on päätettävä viimeistään xxkuussa 2016.

#### 11 §

##### *Valtioneuvoston toimivalta sosiaali- ja terveysalueen ja perustason alueen yhteistoimintasopimuksesta*

Jos sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen yhteistoimintasopimuksesta ei ole päätetty 8 §:n 4 momentissa säädettyyn ajankohtaan mennessä valtioneuvosto päättää kuntalain 78 §:n 3 momentissa ja tämän lain 21 §:ssä säädettyistä yhteistoimintasopimuksessa sovittavista asioista siltä osin kuin kunnat eivät ole niistä sopineet. Ennen päätöstä on kuultava alueen kuntia.

Valtioneuvoston päättämä yhteistoimintasopimus on voimassa siihen asti, kunnes kunnat sopivat siitä toisin.

Mitä edellä on todettu yhteistoimintasopimuksesta, sovelletaan myös sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perussopimukseen.

#### 12 §

##### *Valtioneuvoston toimivalta erityisvastuualueen perussopimuksesta*

Jos erityisvastuualueen perussopimuksesta ei ole päätetty 10 §:n 2 momentissa säädettyyn määräaikaan mennessä, valtioneuvosto päättää perussopimuksen sisällöstä siltä osin kuin kunnat eivät ole siitä sopineet. Ennen päätöstä on kuultava alueen kuntia.

Valtioneuvoston päättämä perussopimus on voimassa siihen asti, kunnes kunnat sopivat toisin.

#### 13 §

##### *Perustason alueen oikeus järjestää erikoissairaanhoidon palveluja*

Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää järjestämislain 11 §:n 3 momentin mukaisesti perustason alueelle luvan järjestää myös peruserikoissairaanhoidon palveluja. Lupa voidaan myöntää perustason alueen vastuukunnan hakemuksesta olemassa olevan peruserikoissairaanhoidon jatkamiseksi, jos vastuu-

kunnan palveluksessa on peruserikoissairaanhoidon toteuttamiseksi riittävä ja ammatitaitoinen henkilöstö ja sen käytössä on asianmukaiset tilat ja varustus. Luvassa on määriteltävä järjestettävän peruserikoissairaanhoidon sisältö ja toiminnan enimmäislaajuus. Lupaan voidaan liittää ehtoja. Lupahakemuksesta on pyydettyä sen erityisvastuualueen lausunto, johon lupaa hakenut perustason alue kuuluu.

Lupaa on haettava sosiaali- ja terveysministeriöltä viimeistään 1 päivänä xxkuuta 201X. Lupahakemus on käsiteltävä X kuukauden kuluessa siitä kun se saapui ministeriöön.

Peruserikoissairaanhoidolla tarkoitetaan sellaista erikoissairaanhoitoa, jota tarvitaan:

- a) väestötasolla usein (konsultaatiopoliklinikka);
- b) yksilötasolla toistuvasti pitkäaikaissairauksien hyvän hoidon ja kuntoutuksen osana; tai
- c) lyhytaikaisena vuodeosastohoitona ensisijaisesti ikääntyneen väestön akuuttien terveysongelmien hoitamiseksi.

#### 14 §

##### *Henkilöstön asema*

Perustason alueita ja sosiaali- ja terveysalueita muodostettaessa kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä ja hallinnossa olevat henkilöt siirtyvät perustason alueen tai sosiaali- ja terveysalueen vastuukunnan palvelukseen. Muutos katsotaan liikkeenluovutukseksi, jos se johtaa henkilöstön työnantajan vaihtumiseen.

Tämän lain mukaiset perustason alueiden ja sosiaali- ja terveysalueiden perustamista koskevat toteutetaan yhteistoiminnassa kuntien henkilöstön edustajien kanssa sen mukaisesti, mitä työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta kunnissa annetussa laissa (449/2007) säädetään.

#### 15 §

##### *Omaisuusjärjestelyt*

Jos erityishuoltopiirin, sairaanhoitopiirin tai muun sosiaali- tai terveydenhuollon kuntayhtymän jäsenkunnat eivät toisin sovi, kun-



tayhtymän kiinteistöjen, rakennusten ja niihin liittyvien laitteiden, koneiden ja kalusteiden omistus ja hallinnointi jää kuntayhtymän tehtäväksi.

Kuntayhtymän jäsenkunnat ovat velvollisia muuttamaan kuntayhtymän perussopimusta siten, että kuntayhtymän tehtävät rajoittuvat vuoden 2017 alusta lukien kiinteistöjen, rakennusten ja niihin liittyvien laitteiden, koneiden ja kalusteiden omistukseen, hallintaan ja vuokraamiseen sosiaali- ja terveysalueille ja perustason alueille ja että kuntayhtymän nimi vastaa näitä tehtäviä. Perussopimuksessa voidaan sopia, että omaisuutta käytetään myös muihin kuin edellä todettuihin tehtäviin. Kuntayhtymän jäsenkuntien osuus kuntayhtymän varoihin ja vastuu veloista säilyy perussopimuksen mukaisena, elleivät jäsenkunnat toisin sovi.

Kuntien omistuksessa olevat sosiaali- ja terveydenhuollon toimitilat ja muu omaisuus jää kuntien omistukseen, jos kunnat eivät sovi toisin.

Määräaikaisesta verovapaudesta tässä pykälässä tarkoitettuihin omaisuusjärjestelyihin liittyen säädetään varainsiirtoverolaissa (931/1996) ja arvonlisäverolaissa (1501/1993).

#### 16 §

##### *Velvoitteiden siirtyminen*

Tämän lain voimaan tullessa kuntien ja kuntayhtymien järjestämisvastuulle kuuluvaan sosiaalihuoltoon ja terveydenhuoltoon liittyvät oikeudet, luvat ja velvoitteet siirtyvät sille sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnalle tai sosiaali- ja terve-

ysalueen kuntayhtymälle, jolle järjestämisvastuu siirtyy. Jos kunta tai kuntayhtymä tekee tämän lain vahvistamisen ja sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen toiminnan käynnistymisen välisenä aikana sopimuksia velvoitteista, jotka jatkuvat sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen toiminnan käynnistymisen jälkeen, sopimuksen tehnyt kunta tai kuntayhtymä vastaa velvoitteista, jos sopimuksen tekijä ja järjestämisvastuun vastaanottaja eivät toisin sovi.

Jos järjestämisvastuu siirtyy kahdelle tai useammalle vastuukunnalle tai kuntayhtymälle, oikeuksien, lupien ja velvoitteiden jakamisesta on soveltuvin osin voimassa, mitä kuntarakennelain 8 luvussa säädetään taloudellisesta selvityksestä.

#### 17 §

##### *Muutoksenhaku*

Sosiaali- ja terveysalueen tai perustason alueen vastuukunnan ja erityisvastuualueen kuntayhtymän päätökseen haetaan muutosta siten kuin kuntalain 11 luvussa säädetään, jollei muualla laissa toisin säädetä.

Tämän lain nojalla tehtyyn valtion viranomaisen päätökseen haetaan muutosta valittamalla siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

#### 17 §

##### *Lain voimaantulo*

Tämä laki tulee voimaan 1 päivänä tammi-kuuta 2015.

# LIITE 1 VALMISTELURYHMÄN ASETTAMAT JAOSTOT JA MUUT VALMISTELUUN OSALLISTUNEET RYHMÄT:

## Valmisteluryhmä perusti työnsä tueksi seuraavat jaostot:

- 1) **Metropolialueen erityiskysymyksiä selvittävä jaosto**, jonka toimikausi oli 1.7.2013 - 31.10.2013 (asettamispäivä 19.6.2013).  
Jaoston puheenjohtajana toimi johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki sosiaali- ja terveysministeriöstä  
Sen jäseninä olivat:  
hallitusneuvos Anne Koskela, sosiaali- ja terveysministeriö  
neuvotteleva virkamies Marjo Lavikainen, sosiaali- ja terveysministeriö  
toimitusjohtaja Aki Linden, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri  
neuvotteleva virkamies Inga Nyholm, valtiovarainministeriö, ja  
apulaiskaupunginjohtaja Laura Rätty, Helsingin kaupunki.  
Jaoston avustavana sihteerinä toimi osastosihteerinä Jaana Aho sosiaali- ja terveysministeriöstä.
  
- 2) **Perustuslaillisia erityiskysymyksiä selvittävä jaosto**, jonka toimikausi oli 14.8.2013 - 31.12.2013 (asettamispäivä 14.8.2013).  
Jaoston puheenjohtajana toimi hallitusneuvos Päivi Salo  
Sen jäseninä olivat:  
sosiaalineuvos Viveca Arrhenius, sosiaali- ja terveysministeriö  
johtava lakimies Heikki Harjula, Suomen Kuntaliitto ry  
hallitusneuvos Riitta-Maija Jouttimäki, sosiaali- ja terveysministeriö  
hallitusneuvos Pekka Järvinen, sosiaali- ja terveysministeriö  
lainsäädäntöneuvos Tuula Majuri, oikeusministeriö  
lainsäädäntöneuvos Eeva Mäenpää, valtiovarainministeriö  
lainsäädäntöneuvos Sten Palmgren, oikeusministeriö, ja  
hallitusneuvos Auli Valli-Lintu, valtiovarainministeriö.  
Jaoston avustavana sihteerinä toimi osastosihteerinä Päivi Koivumaa sosiaali- ja terveysministeriöstä.
  
- 3) **Hankintoja, kilpailutusta ja valtiontukia selvittävä jaosto**, jonka toimikausi oli 14.8.2013 - 31.12.2013 (asettamispäivä 14.8.2013).  
Jaoston puheenjohtajana toimi johtava lakimies Sami Uotinen Suomen Kuntaliitosta  
Sen jäseninä olivat:  
toimitusjohtaja Merja Hirvonen, Terveyspalvelualan liitto  
kehittämispäällikkö Pia-Maria Jonsson, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos  
hallitusneuvos Riitta-Maija Jouttimäki, sosiaali- ja terveysministeriö  
kehitysjohtaja Ulla-Maija Laiho, työ- ja elinkeinoministeriö

johtava lakimies Juha Myllymäki, Suomen Kuntaliitto ry  
ylitarkastaja Markus Seppelin, sosiaali- ja terveysministeriö  
johtaja Riitta Särkelä, Soste Suomen sosiaali ja terveys ry  
hallitusneuvos Auli Valli-Lintu, valtiovarainministeriö

4) **Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueiden (erva) tehtäviä sekä palvelujärjestelmän kansallista ohjausta selvittävä jaosto**, jonka toimikausi oli 15.8.2013 – 31.12.2013 (asettamispäivä 14.8.2013).

Jaoston puheenjohtajana toimi hallitusneuvos Anne Kumpula ja varapuheenjohtajana johtaja Liisa-Maria Voipio-Pulkki, molemmat sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Jaoston jäseninä olivat:

neuvotteleva virkamies Liisa Heinämäki, sosiaali- ja terveysministeriö  
sairaanhoitopiirin johtaja Göran Honga, Vaasan sairaanhoitopiiri  
johtaja Tarja Kauppila, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus  
sairaanhoitopiirin johtaja Hannu Leskinen, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri  
johtaja Tarja Myllärinen, Suomen Kuntaliitto ry  
johtava ylilääkäri Sari Mäkinen, valtakunnallisen kansanterveystyön johtajaverkosto  
sosiaalineuvos Pirjo Sarvimäki, sosiaali- ja terveysministeriö  
johtava asiantuntija Juha Teperi, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
apulaiskaupunginjohtaja Pekka Utriainen, Jyväskylän kaupunki

Lisäksi valmisteluryhmän tukena on kokoontunut apulaisosastopäällikkö Olli Kerolan johdolla epävirallinen rahoitustyöryhmä, johon ovat kuuluneet

ylitarkastaja Antti Alila, sosiaali- ja terveysministeriö  
hallitusneuvos Riitta-Maija Jouttimäki, sosiaali- ja terveysministeriö  
hallitusneuvos Anne Kumpula, sosiaali- ja terveysministeriö  
hallitusneuvos Virpi Kõlhi, sosiaali- ja terveysministeriö  
lääkintöneuvos Jukka Mattila, sosiaali- ja terveysministeriö  
neuvotteleva virkamies Markku Nissinen, valtiovarainministeriö  
tutkimusprofessori Markku Pekurinen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos  
neuvotteleva virkamies Arto Salmela, valtiovarainministeriö  
kehittämispäällikkö Päivi Tapiovaara, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ja  
erityisasiantuntija Tero Tyni, Suomen Kuntaliitto.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa koskevia säännöksiä koskevat alustavat ehdotukset on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriön 18.2.2013 asettamassa työryhmässä, jonka tehtävänä on ollut kehittää aluehallintovirastojen ja Valviran työnjakoa. Työryhmän toimeksianto muutettiin ja kokoonpano laajennettiin 28.2.2013 tehdyllä päätöksellä siten, että sen tuli myös tehdä ehdotus valvontaa ja siihen liittyviksi säännöksiksi sote-järjestämislakiin. Työryhmän kokoonpano on seuraava:

osastopäällikkö Raimo Ikonen, sosiaali- ja terveysministeriö, puheenjohtaja  
johtaja Raija Volk, sosiaali- ja terveysministeriö, varapuheenjohtaja  
hallintojohtaja Ritva Kujala, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira

johtaja Katariina Rautalahti, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira  
johtaja Jari Keinänen, sosiaali- ja terveysministeriö  
hallitusneuvos Ismo Tuominen, sosiaali- ja terveysministeriö  
hallitusneuvos Riitta Kuusisto, sosiaali- ja terveysministeriö  
neuvotteleva virkamies Maire Kolimaa, sosiaali- ja terveysministeriö  
lainsäädäntöneuvos Sami Kouki, valtiovarainministeriö  
johtaja Sirkka Jakonen, Itä-Suomen aluehallintovirasto  
aluehallintoylilääkäri Riitta Pöllänen, Lapin aluehallintovirasto  
hallitusneuvos Pekka Järvinen, sosiaali- ja terveysministeriö  
esittelijäneuvos Arja Myllynpää, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira  
lakimies Heli Kajava, Pohjois-Suomen aluehallintovirasto  
erityisasiantuntija Anu Nemlander, Suomen Kuntaliitto  
ryhmäpäällikkö Kari Kunnas, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira, sihteeri  
finassisihteeri Carolina Sierimo, sosiaali- ja terveysministeriö, sihteeri

**Valmisteluryhmä on kuullut työnsä aikana seuraavia henkilöitä:**

rehtori Kalervo Väänänen, Suomen yliopistot, UNIFI ry  
erityisasiantuntija Olli Alho työ- ja elinkeinoministeriö  
ylitarkastaja Johanna Moisio, opetus- ja kulttuuriministeriö  
sosiaali- ja terveysjohtaja Antti Parpo, Rauman kaupunki  
kunnanjohtaja Heikki Laukkanen, Juvan kaupunki  
apulaiskaupunginjohtaja Sinikka Salo, Oulun kaupunki  
Rakennusneuvos Matti Vatiilo, ympäristöministeriö  
kansliapäällikkö Päivi Sillanaukee, sosiaali- ja terveysministeriö

Lisäksi työryhmän jaostot ovat kuulleet useita asiantuntijoita.

## LIITE 2 ERIÄVÄ MIELIPIIDE

Vantaalla 16.12.2013

### **Eriävä mielipide sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraporttiin ja järjestämislakiesitykseen.**

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän jäsenenä en voi yhtyä sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltuun loppuraporttiin ja järjestämislakiesityksiin seuraavista syistä:

- 1) Valmisteltu esitys ei tue maan kestävyysvajeen vähentämistä ja poistamista vaan lisää eri hallinnontasoja vähentäen paikallista demokratiaa, joka kytkeytyy perustuslain 121§:n määritelmään kunnallisesta itsehallinnosta. Esitys monimutkaistaa palvelujen järjestämistä ja tuotantoa, mikä lisää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä kustannuspaineita. Esitys ei ota huomioon peruskunnan sosiaali- ja terveystoimen yhteyttä kunnan muihin toimintoihin (varhaiskasvatus, opetus, nuorisotyö, liikunta, kulttuuri ja lisäksi myös paikallinen maankäytön suunnittelu ja siihen kytkeytyvä palvelurakennetarkastelu).
- 2) Kuntarakenne olisi pitänyt uudistaa ensivaiheessa ja uudistettuun kuntarakenteeseen olisi voinut luoda toimiva palvelujärjestelmä vastaamaan syntyvää toimintaympäristöä.
- 3) Esitetyssä muodossaan sosiaali- ja terveydenhuollon lakiesitys muuttaisi merkittävästi kuntien asemaa ja roolia. Lakiesityksessä esitetään muutettavaksi nykyistä käytäntöä erottamalla palvelujen järjestäminen ja palvelujen rahoitus. Jos kuntien mahdollisuus ohjata rahoittamiensa palvelujen järjestämiseen ohenee, voi seurauksena olla kustannusten kasvupaineet ja kestävyysvajeongelmat.
- 4) Petteri Orpon työryhmän linjaukset olisi ollut hyvä pohja tarkastella työryhmän työskentelyssä erilaisia vaihtoehtoja uudeksi järjestelmäksi. Pidän linjauksia oikean suuntaisina, mutta niiden pohjalta suoraan lakipykälien rakentaminen ei ole mielestäni uuden rakentamisessa oikea tapa toimia. Työryhmän työskentelyssä jätettiin kokonaan ulkopuolelle jo aikaisemmin esitettyjen mallien tarkastelu ja vertailu, kuten mm. THL:n esittämä Ruotsin käytännön mukainen ”raha seuraa potilasta” malli, maakuntamalli, ns. Katira- malli ja aikaisemmat perusteelliset sotetyöryhmien ja selvitysmiesten esittämät mallit.
- 5) Lakiesityksessä ei käsitellä valinnanvapautta asiakkaiden/potilaiden näkökulmasta.
- 6) Lakiesityksestä ei ole tehty kattavaa ennakkovaikutusten arviointi ihmisten, talouden, sukupuolten välisen tasa-arvon eikä ympäristön näkökulmasta.
- 7) Valmistellussa esityksessä ei ole ratkaistu perustuslaillisia ongelmia mm. kuntien itsehallinnon suhteen. Mielestäni valmistelua pitäisi näin ollen jatkaa. Hyvään valmisteluun kuuluu riskiriidaton tilanne suhteessa perustuslakiin. Perustuslakivaliokunnan tehtävä ei liene ole jälkikäteen jatko valmistella tietoisesti avoinna olevia perustuslakiongelmia vaan varmistaa perustuslain mukaisesti valmistellun lain asianmukaisuus perustuslain näkökulmasta. Lain valmistelijat eivät työskentelyn viime vaiheessa olleet 100 % varmoja lakiesityksen perustuslaillisuudesta. En voi yhtyä lakiesitykseen, joka ei 100 %:sti noudata perustuslakia.

- 8) Lain yksi päätavoite sosiaalihuollon ja terveydenhuollon integraatio ei toteudu esityksessä riittävästi monimutkaisen rakennelman vuoksi.
- 9) Erityisvastuualueiden tehtävät ovat muuttuneet koordinoinnista ohjaamiseksi, mikä lisää hallintohimmelin monimutkaisuutta ja byrokratiaa. Jo kestävyysvajeurakankin kannalta maahan riittäisi yksi koordinoiva erityisvastuualue viiden sijasta. Näin varmistettaisiin paremmin se, ettei synny päällekkäisyyttä vaativien hoitojen järjestämisessä ja tuottamisessa julkisella sektorilla. Erityisvastuualueita koskevat esitykset painottuvat lakiesityksessä suhteettoman paljon verrattuna itse sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutoimintaan.
- 10) Metropolialuetta koskevassa pykälässä ei ole otettu riittävästi huomioon metropolialueen kuntien näkemystä. Metropolisotejaoksen esityksessä on kolme vaihtoehtoa, joilla kaikilla on omat kannattajansa. Lopputulos olisi pitänyt työstää yhdessä kuntien kanssa ottaen huomioon meneillään olevat kuntaselvitykset. Tein ministeriölle esityksen jaoksen laajentamisesta koskemaan ainakin Vantaan, Espoon ja Kuumakuntien edustuksen, joiden mukanaolo koko valmistelussa olisi ollut välttämätöntä metropolialueen erityisyyden vuoksi. Tätä esitystä ei hyväksytty. Metropolisotea koskevat lain kohdat on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriön toimesta ottamatta huomioon riittävästi peruskuntien esittämiä näkökulmia. Vantaan kaupunki on lausunnossaan esittänyt, että HUS:n toimintaa ei pidä pilkkoa, vaan palveluja voidaan jatkossakin tuottaa yhdessä kuntien kanssa. Vantaa on esittänyt haluavansa toimia omana sotealueena jo väestömääränsä ja kantokykynsä vuoksi. Nyt annettu voimaanpanolain esitys ei pilko HUS:n toimintaa, mutta se pilkkoo yhtenäisen kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon järjestämisen. Ministeriön esityksessä mainitaan myös eriteltynä kunnat, jota käytäntöä ei ole maan muiden alueiden osalta. Hyväksyn järjestämislaki 8 §:n 5 mom. ilmaisun, mutta en voi yhtyä Metropolisotea koskevaan voimaanpanolakiesityksen 5 §:ään perusteluihin Vantaan kaupungin esittämiin kantoihin nojaten ja sen vuoksi, että joka tapauksessa ilman uudistustakin terveydenhuollon palvelut ovat ylikunnallisia 1.1.2014. Esitän, että voimaanpanolain 5 § muotoillaan seuraavasti:

#### 5§

*Metropolialueella voi olla 2 § :ssä säädetystä poiketen useita sosiaali- ja terveysalueita, vaikka kunnat kuuluvat samaan yhdyskuntarakenne- ja työssäkäynti alueeseen. Sosiaali- ja terveysalueen muodostumisen edellytyksenä tulee olla riittävä väestömäärä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi riittävä kantokyky. Metropolialueen kunnat voivat sopia yhteisestä sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalvelujen tuotannosta.*

Jukka T. Salminen,  
apulaiskaupunginjohtaja  
Vantaa  
[jukka.t.salminen@vantaa.fi](mailto:jukka.t.salminen@vantaa.fi)  
puh. 040-5320006

## LIITE 3 LAUSUMAT

16.12.2013

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmä

### **Täydentävä lausuma**

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakityöryhmä on työskennellyt erittäin tiukalla aikataululla ottaen huomioon kyseessä oleva laaja asiakokonaisuus. Monet lakiluonnoksen sisältämät asiat vaativat vielä jatkovalmistelua.

Sosiaali- ja terveystaluiden ja perustason alueiden hallinnon järjestämisen osalta myös kuntayhtymän tulisi olla vastuukunnan ohella tasavertainen vaihtoehto alueen kuntien sitä niin halutessa. Myös yliopistollisten sairaaloiden osalta hallinnon järjestämisen vaihtoehtona tulee olla kuntayhtymä.

Uudenmaan maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen osalta jatkovalmistelussa tulee ottaa huomioon alueen kuntien ja kuntayhtymien näkemykset tasapainoisen mallin aikaansaamiseksi.

Erityisryhmien, kuten ruotsinkieliset kehitysvammaiset ja muut pienet erityisryhmät, palvelujen koordinointi ja yhteensovittaminen tulee keskittää valtakunnallisesti yhdelle erityisvastuualueelle.

Tuula Haatainen

Sami Uotinen

**Ruotsinkieliset sosiaali- ja terveystalvet on turvattava lailla henkilöille, joilla on erityistarpeita.**

Sosiaali- ja terveydenhuolto toimii vajavaisesti ruotsin kielellä monissa kaksikielisissä kunnissa tänä päivänä. Erityisen vaikea tilanne on henkilöillä joilla erityistalvelujen tarve kuten esimerkiksi erityishuollossa. Jotta kielellinen tasa-arvo voidaan taata tarvitaan erillistalvetus ruotsinkielisille sosiaali- ja terveystalveluiden koordinoinnille sekä aikuisille että lapsille joilla on erityistarve. Talvelu- ja hoitomuodot, jotka tarvitsevat laajan väestöpohjan jotta ne voidaan tuottaa laadukkaasti ruotsin kielellä, tulee koordinoida ja ohjata keskitetysti sen sijaan että tehtävä hajotetaan usealle sosiaali- ja terveystalveelle.

Antamalla yhdelle kaksikieliselle erityistalvealueelle tämä tehtävä olisi lakiehdotuksessa voitua saavuttaa kokonaisalvetus parantamaan vallitsevaa tilannetta, jossa useat kaksikieliset kunnat eivät kykene antamaan hoitoa ja talveluita sekä suomen että ruotsin kielellä. Lakiehdotuksesta puuttuu tällainen talvetus.

Koska tällä hetkellä on jo olemassa valtakunnallinen ruotsinkielinen yhteistyörakenne erityishuollon tehtävää varten kuten kuntayhtymä Kårkulla olisi Kårkullalle tullut antaa vastuu tästä yhteisestä kansallisesta tehtävästä.

Ruotsinkieliset talvetus sosiaali- ja terveydenhuollossa on lailla turvattava henkilöille, joilla on erityistarve. Ei ole ajateltavissa, että esimerkiksi delegoitaisiin määräyksiä siitä miten ruotsinkielinen sosiaali- ja terveydenhuolto turvataan asetuksella annettavaksi. Perustavat kielelliset oikeudet pohjautuvat perustuslain 17 § 2 mom, jonka perusteella oikeus käyttää omaa kieltään viranomaiskontakteissa taataan lailla. Asioissa, jotka kuuluvat perustuslain viittauksen piiriin, ei ole sallittua delegoida lainsäädäntövaltaa sille joka antaa asetuksia.

Esitän sen vuoksi että 16 § liitetään momentti, jossa säädetään että yhdelle kaksikieliselle erityistalvealueelle annetaan valtakunnallinen vastuu koordinoida ruotsinkieliset sosiaali- ja terveystalvetus henkilöille, joilla on erityistarpeita.

**Kielipykälät**

6 § ja 8 § lakiehdotuksessa säädetään talveluiden kielestä. 6 § sisältää säädökset sosiaali- ja terveystalveiden ja perustason alueiden velvollisuudesta järjestää talvetus molemmilla kansal-



liskielillä sekä viittaus kielilakiin. Tässä tulee viitata myös kielipykäliin sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa koska niissä säädetään palvelu- ja hoitokielestä. Koska vastuukuntien kielellisestä asemasta ei ole aiemmin säädetty tulee tätä koskevat lisäykset tehdä samanaikaisesti sekä kielilakiin että kuntalakiin.

Aluejaotus suhteessa perustuslain 122 §

8 §:ssä todetaan, että kun sosiaali- ja terveysalueet ja perustason alueet muodostetaan tulee pyrkiä alueisiin, joilla voidaan turvata suomen- ja ruotsinkielisen väestön oikeudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Säädös vastaa perustuslain 122 §. On tärkeää painottaa että lausetta 122 §:ssä joka kuuluu ” *joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan*” on tulkittava perustuslain 17 § 2 mom lähtökohtana, joka tarkoittaa sitä että säännös on näiltä osin sitova.

Sanaa *pyrkii* pykälätekstissä *ei* siten voi tulkita niin että painaviin syihin vedoten voisi luopua velvoitteesta varmistaa kielelliset oikeudet yhteneväisin perustein. Siksi 8 § perusteluita tulee täydentää täsmennyksellä että *nimenomaan* se aluejaotus, joka parhaiten turvaa asukkaiden kielelliset oikeudet on valittava mikäli on olemassa vaihtoehtoisia ratkaisuja.

12.12.2013

Göran Honga

Vaasan sairaanhoitopiirin johtaja

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän jäsen

## **Näkemykseni sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän järjestämislakiesitykseen**

Näkemykseni mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen on välttämätöntä ja uudistuksella asetetut alkuperäiset tavoitteet ovat kannatettavia.

### **Uudistuksen peruseriaatteina tulee olla seuraavia linjauksia:**

1. järjestämisvastuun tulee olla kunnilla ja järjestämisvastuun, päätösvallan ja rahoitusvastuun tulee olla samalla taholla,
2. järjestämisvastuussa olevan tulee olla riittävän kantokykyinen myös uudessa tilanteessa,
3. rahoituksessa ei pelkkä kapitaatioperiaate ole riittävä,
4. järjestämisen ja tuottamisen välinen ero tulee olla selkeä,
5. lainsäädännön on turvattava monituottajamalli sekä mahdolliset uudet palvelujen toteuttamistaparatkaisut,
6. sote-palveluiden järjestämisen on turvattava laaja kunnallinen hyvinvointinäkemys ja poikisektoriaalinen hyvinvoinnin edistämistyö.

### **Valmistelutyöryhmän esitys tuo mukanaan riskejä mm seuraaviin seikkoihin:**

1. vastuukunnille siirtyy kaikki vastuu ja velvoitteet sote-palveluiden järjestämisessä, muttei kuitenkaan riittävää toimivaltaa järjestämisvastuun tarkoituksenmukaiseen toteuttamiseen. Lisäksi vastuukunnilta poistuu oikeus omaan perustason sote-palveluiden järjestämiseen.
2. vastuukunnassa toimii monijäseninen toimielin, jossa on edustettuna jokainen kunta sote-alueelta, vaikka vastuukunnalla on järjestämisvastuu. Ehdotetulla mallilla syntyy valta- ja vastuusuhteiden sekä rahoituksen epäselvyyksiä, mikä on omiaan heikentämään vastuukunnan kokonaisjohtamista,
3. ratkaisulla syntyy uusia hallinnollisia kerroksia: perustaso, sote-alue- ja ertatason sekä kiinteistöjen hallintoon erikoistunut kuntayhtymä,
4. sote-ertatason tehtävät ovat niin laajoja, että muodostuu täysin uusi hallinnon porras, johon on perustettava lukuisia uusia hallinnon virkoja,
5. perustaso rikkoo jo nyt toimivan sote-palveluiden integraation, sekä heikentää palvelu/hoitoketjujen nykyistä integraatiokehitystä,
6. henkilöstön siirto vastuukunnalle siirtää kaikki tuotannon toteuttamistavoissa tapahtuvien muutosten sekä mahdollisen palkkaharmonisoinnin riskit vastuukunnalle,
7. kuntien kaupunginvaltuustot ja hallitukset päättävät lopullisesti kaavoista ja investoinneista, ja siten palveluverkoista, jolloin yhteensovittaminen erillisen sote-toimielimen päätösten kanssa vaarantuu,
8. ratkaisulla toteutuu lähes samat taloudelliset ja ohjaamisen riskit kuin nykyisellä kuntayhtymä-ratkaisulla, esim. sote-toimielimen oikeus ottaa lainaa, alijäämän kattaminen eli ns. isännätön raha.

### **Yhteenveto**

Näkemykseni mukaan ensisijaisesti olisi toteutettava kuntauudistus, jolloin edellä mainittuja epäselvyyksiä ja riskejä ei synny.

Jatkovalmistelussa on varmistettava seuraavat asiat:

1. järjestämisvastuun tulee olla vahvoilla peruskunnilla,
2. tulevilla vastuukunnalla tulee olla riittävät mahdollisuudet asioiden ratkaisemiseksi,
3. jatkossa on selvitettävä uudistuksen vaikutukset vastuukunnille esim. simulointimallien avulla,
4. jatkossa on selvitettävä perustason tarpeellisuus, jottei sote-palveluiden horisontaalinen integraatio vaarannu,

5. jatkossa selvitettävä ervan tehtävät, lukumäärä ja tarpeellisuus tässä muodossa sekä uuden hallinnollisen kerroksen kustannusvaikutukset,
6. järjestämis- ja tuottamisvastuu on pidettävä lainsäädännössä selkeästi erillään,
7. lainsäädännössä on turvattava monituottajamalli sekä mahdollisuus uusiin ratkaisuihin,
8. jatkossa on lisäksi selvitettävä tilaaja-tuottajamallin mukaan ottaminen sote-palvelurakenneuudistukseen.

Turussa 15.12.2013

Maija Kyttä  
Johtaja  
Turun kaupunki

Haluamme liittää järjestämislakityöryhmän mietintöön seuraavan sisältöisen lausuman:

1. Sosiaali- ja terveystieteellisesti kestävä ratkaisu olisi, että järjestämisvastuu olisi vain sosiaali- ja terveydenhuoltoalueella, jotka olisivat riittävän suuria. Vuonna 2012 toimeen asiantuntijatyöryhmän näkemyksen mukaan tällaisen alueen väestömäärän tulisi olla vähintään 50 000 – 100 000 asukasta.
2. On ongelmallista, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen jaetaan sosiaali- ja terveydenhuollon alueeseen sekä perustason alueeseen. Näiden välinen työnjako on epäselvä ja sote-alueelle syntyy monimutkainen hallintorakenne. Tämänkaltainen jako on omiaan aiheuttamaan vain sekavuutta järjestämisvastuussa ja palveluiden järjestämisessä. Vaarana on erityisesti erikoissairaanhoidon ja vaativien sosiaalipalveluiden (mm. erityishuolto) järjestämisen pirstoutuminen nykytilanteeseen verrattuna.
3. Vastuukuntamallin lakisäätöinen toteuttaminen kohdannee valtiosääntöoikeudellisia ongelmia. Myös vastuukunnan johtamisen ja taloudellisten rasitteiden osalta kyseinen järjestely nostaa kysymyksiä. Koko sote-alueen henkilöstöhän siirtyisi vastuukunnalle ilman, että sillä tosiasiallisesti olisi mahdollisuutta johtaa ja ohjata sen toimintaa. Siirron seurauksena koituisi vääjäämättömästi myös palkkojen harmonisointi. Laaja tehtäväalue muuttaisi kuntaorganisaation käytännössä sote-organisaatioksi haitaten suurimpien kaupunkien muiden tehtävien toteuttamista.
4. Kuntayhtymämalli erikoissairaanhoidossa ja muussa terveydenhuollossa on osoittanut toimivuutensa. Julkisuudessa toistuva väite kustannusten ”karkaamisesta” ei perustu tosiasioihin. Nimenomaisesti laajapohjaisuus on mahdollistanut toiminnan keskittämisen ja rationalisoinnin. Kuntayhtymämallin tulee olla tulevaisuudessakin aina käytettävissä oleva vaihtoehto, jos kunnat niin haluavat.
5. Yliopistolliset sairaalat tuottavat palvelujaan sekä alueellisesti että valtakunnallisesti. Niissä turvataan myös tulevaisuuden sairaanhoito kouluttamalla lääkäri- ja hoitohenkilökunta sekä tekemällä lääketieteellistä tutkimusta. Ne ovat olennainen osa maamme viiden lääketieteellisen tiedekunnan infrastruktuuria. Yliopisto-sairaaloiden tulee toimia nykylaajuudessaan kuntayhtymämuotoisina, joiden hallinnossa myös yliopistolla on edustuksensa.
6. Erityisvastuualueen tehtävät olisi järkevintä kytkeä osaksi yliopistollisen sairaalan kuntayhtymän toimintaa. Mikäli näin ei voida jostain syystä tehdä, tarvitaan erä-kuntayhtymä erikoissairaanhoidon pirstoutumisen ja kilpavarustelun estämiseksi.

Helsingissä 16.12.2013

Aki Lindén

Rauno Ihalainen

Maire Ahopelto

Pentti Itkonen

Göran Honga

Hannu Leskinen

