

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

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä sen voimaannpanolaki ja eräitä näihin liittyviä muita lakeja. Laeilla uudistetaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, tuottamista, hallintoa, suunnittelua, rahoitusta ja valvontaa koskevat säännökset. Uudistuksella kootaan nykyisin usealle eri kunnalliselle organisaatiolle kuuluvien palvelujen kattava järjestämisvastuu viidelle sosiaali- ja terveysalueelle.

Esityksen mukaan maahan muodostetaan viisi sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymää, joilla on järjestämisvastuu julkisista sosiaali- ja terveyspalveluista. Jokainen kunta kuuluu yhteen sosiaali- ja terveysalueeseen. Alueet eivät itse tuota palveluja, vaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta vastaavat sosiaali- ja terveysalueen järjestämis päätöksessä määritellyt kuntayhtymät. Tuottamisvastuu voidaan antaa sellaiselle kuntayhtymälle, jolla on toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset vastata kaikista sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluista. Kunnat voivat sopia, että kuntayhtymän sijasta tuottamisvastuu toteutetaan vastuukuntamallilla.

Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi sosiaali- ja terveysalue laatii järjestämis päätöksen. Siinä määritellään keskeiset sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamiseksi tarvittavat toimet ja vastuut alueella. Järjestämis päätös sitoo tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä. Tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät toteuttavat palvelut niiden omana toimintana. Omaa palvelutuotantoa voidaan täydentää yksityisiltä palvelujen tuottajilta hankittavilla palveluilla järjestämis päätöksessä määriteltujen periaatteiden mukaisesti.

Esityksen mukaan valtioneuvosto antaa eduskunnalle joka neljäs vuosi selonteon sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin strategisista tavoitteista. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa toimintaa lainsäädännön ja pitkän aikavälin strategisten tavoitteiden mukaisesti. Lisäksi ministeriö neuvottelee vuosittain kunkin sosiaali- ja terveysalueen kanssa niiden järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien hoitamisesta.

Kunnat vastaavat jatkossakin sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksesta. Rahoitus perustuu kunnan asukaslukuun sekä ikärakenteeseen ja sairastavuuteen. Kuntien rahoitusosuus kerätään sosiaali- ja terveysalueille, jotka osoittavat sen edelleen tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille laissa määriteltävien kriteerien ja järjestämis päätöksessä määriteltävien tarkempien perusteiden mukaisesti.

Uudistuksen johdosta kumotaan kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettu laki. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain johdosta on useisiin sosiaali- ja terveydenhuollon lakeihin ehdotetaan tehtäväksi muutoksia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain voimaannpanosta säädetään erillisellä voimaannpanolailla. Lait on tarkoitettu tulemaan voimaan mahdollisimman pian. Lakien mukaiset sosiaali- ja terveysalueet on muodostettava siten, että ne aloittavat toimintansa viimeistään vuoden 2016 alussa ja järjestämisvastuu siirtyy niille 2017 alusta. Kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettu laki on tarkoitettu kumottaviksi vuoden 2017 alusta.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ.....	1
SISÄLLYS.....	2
YLEISPERUSTELUT.....	5
1 JOHDANTO.....	5
2 NYKYTILA.....	7
2.1 Perusoikeudet.....	7
Yleistä.....	7
Sosiaali- ja terveyspalvelut.....	7
Kielelliset oikeudet.....	8
2.2 Kunnallinen itsehallinto.....	9
2.3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.....	10
2.4 Terveydenhuolto.....	12
Perusterveydenhuolto.....	12
Erikoissairaanhoido ja sairaanhoitopiirit.....	13
Erytisvastuualueet.....	14
2.5 Sosiaalihuolto.....	14
Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisvastuu.....	15
2.6 Kunta- ja palvelurakenne.....	17
Kuntarakenne.....	17
Kuntaudistus.....	17
2.7 Kuntien hallinto ja yhteistoiminta.....	19
Kunnan hallinnon ja talouden järjestäminen.....	19
Kuntien yhteistoimintamuodot.....	19
Kuntien yhteistoiminnan erilaisia toteutuksia.....	22
2.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja kuntien välinen kustannustenjakko.....	28
Rahoitus.....	28
Erytisvaltionosuudet ja -avustukset.....	29
Terveyden tutkimus.....	29
Varainsiirtovero.....	30
2.9 Kehittämistoiminta ja -rakenteet.....	30
Kehittämistoiminta ja -rakenteet.....	30
2.10 Opetus-, koulutus- ja tutkimustoiminta.....	32
2.11 Ohjaus ja valvonta.....	33
Sosiaali- ja terveysministeriö.....	33
Valvonnan keinot ja seuraamukset.....	35
2.12 Pohjoismaiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät.....	36
Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmät muutoksessa.....	36
Palveluiden integraation ongelmat.....	40
Kansallinen ohjaus hajautetuissa järjestelmissä.....	41
2.13 Nykytilan arviointi.....	42
Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne.....	42
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.....	44
Rahoitus.....	45
Kehittämistoiminta ja rakenteet.....	45
Opetus- ja tutkimustoiminta.....	46

3	ESITYKSEN TAVOITTEET JA KESKEISET EHDOTUKSET	47
3.1	Tavoitteet	47
3.2	Toteuttamisvaihtoehdot.....	48
	Arviointia suhteessa muihin vaihtoehtoisin ratkaisumalleihin.....	51
3.3	Keskeiset ehdotukset.....	52
4	ESITYKSEN VAIKUTUKSET	55
4.1	Yleistä	55
4.2	Taloudelliset vaikutukset	55
	Vaikutukset kuntien maksuihin	60
	Rahoituksen siirtymäjärjestely	65
	Valtionosuusuudistuksen ja valtionosuusleikkausten vaikutus kuntatalouteen.....	66
	Varainsiirtovero.....	66
4.3	Hallinnolliset ja organisatoriset vaikutukset	67
4.4	Vaikutukset kuntien asukkaisiin sekä asiakkaisiin ja potilaisiin.....	69
4.5	Palvelujen tuotanto.....	70
	Hankintalainsäädäntö	71
4.6	Henkilöstövaikutukset.....	72
4.7	Uudistuksen vaikutusten seuranta	72
5	ASIAN VALMISTELU	73
5.1	Valmisteluvaiheet.....	73
5.2	Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen	74
6	RIIPPUVUUS MUISTA ESITYKSISTÄ	75
	YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT	77
1	LAKIEHDOTUSTEN PERUSTELUT	77
1.1	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.....	77
	1 Luku Yleiset säännökset	77
	2 Luku Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen	82
	3 Luku Sosiaali- ja terveystalouden tuottaminen	89
	4 Luku Hallinto	92
	5 Luku Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen	94
	6 Luku Rahoitus	101
	7 Luku Viranomaisvalvonta	110
	8 Luku Erinäiset säännökset	115
1.2	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaansaattamisesta	122
1.3	Laki varainsiirtoverolain väliaikaisesta muuttamisesta.....	129
1.4	Laki eräiden kumotusta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista voimaan jätettyjen säännösten kumoamisesta.....	130
1.5	Laki kansanterveyslain eräiden säännösten kumoamisesta.....	130
1.6	Laki erikoissairaanhoidon eräiden säännösten kumoamisesta	130
1.7	Laki terveydenhuollon eräiden säännösten kumoamisesta	130
1.8	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain eräiden säännösten kumoamisesta.....	131
1.9	Muuhun lainsäädäntöön tehtävät muutokset	131
2	TARKEMMAT SÄÄNNÖKSET	132
3	VOIMAANTULO.....	132
4	SUHDE PERUSTUSLAKIIN JA SÄÄTÄMISJÄRJESTYS	132
4.1	Yleistä	132
4.2	Esitysluonnoksen suhteesta perustuslakiin.....	133
	Perustuslakivaliokunnan aiemmasta tulkintakäytännöstä	133
4.3	Ehdotetun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän arviointia.....	134

	Kansanvaltaisuuden toteutuminen.....	137
	Kunnan rahoitusvastuusta.....	138
	Ehdotetun mallin tarkoituksenmukaisuus.....	141
	Äänivalta päätöksenteossa.....	142
	Kuntien tehtävien säätäminen lailla.....	142
4.4	Kansallinen ohjaus.....	143
4.5	Asetuksenantovaltuudet.....	144
4.6	Kielelliset oikeudet.....	144
4.7	Saamelaisten oikeudet.....	146
	LAKIEHDOTUKSET.....	147
	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.....	147
	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaanpanosta.....	165
	Laki varainsiirtoverolain väliaikaisesta muuttamisesta.....	170
	Laki eräiden kumotusta sosiaalihuoltolaista voimaan jätettyjen säännösten kumoamisesta.....	171
	Laki kansanterveyslain eräiden säännösten kumoamisesta.....	172
	Laki erikoissairaanhoidon eräiden säännösten kumoamisesta.....	172
	Laki terveydenhuoltolain eräiden säännösten kumoamisesta.....	173
	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain eräiden säännösten kumoamisesta.....	173

YLEISPERUSTELUT

1 Johdanto

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja toteuttamisesta on kunnilla. Suomessa oli vuoden 2014 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 *Paras-puitelaki*. Kainuun maakuntakokeilussa alueen kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto toteutettiin maakunnan laajuisesti maakuntahallintoon liittyvän kuntayhtymän toimesta.

Paras-puitelaki velvoittaa kunnat yhteistoimintaan palvelujen järjestämisessä. Puitelain mukaiset yhteistoimintavelvoitteet ovat voimassa määräaikaisesti vuoden 2016 loppuun saakka Eräiden kuntien ja palvelurakennemuutoksesta annetussa laissa säädetty-

jen velvoitteiden soveltamisesta annetun lain (490/2014) perusteella. Puitelain mukaan kunnan tuli 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 saaristoisuuden tai pitkien etäisyyksien vuoksi ole mahdollista tai suomen- tai ruotsinkielisten asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaamiseksi taikka saamelaisien kieltä ja kulttuuria koskevien oikeuksien turvaamiseksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämien tietojen mukaan vuonna 2014 yhteensä 89 kuntaa järjesti sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palvelut itse. Väestöstä 59 prosenttia asui näissä kunnissa. Yhteistoiminta-alueita oli yhteensä 63 ja niihin kuului 231 kuntaa. Väestöstä noin 41 prosenttia asui yhteistoiminta-alueilla.

Vuonna 2014 perusterveydenhuollosta ja sosiaalipalveluista vastasi 32 kuntayhtymää, joissa oli yhteensä 146 jäsenkuntaa. Kuntayhtymät vastasivat perusterveydenhuollon lisäksi kaikista sosiaalipalveluista, tai sosiaalipalveluista lukuun ottamatta lasten päivähoitoa, taikka yksittäisistä sosiaalitoimen tehtävistä. Osa kuntayhtymistä vastasi vain perusterveydenhuollosta.

Vastuukuntamallin mukaisia yhteistoiminta-alueita oli 31, ja niissä oli mukana yhteensä 85 kuntaa. Vastuukunta vastaa oman kuntansa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Vastuukunta vastaa sopimuskuntien puolesta perusterveydenhuollon lisäksi kaikista sosiaalipalveluista, sosiaalipalveluista

lukuun ottamatta lasten päivähoitoa tai yksittäisistä sosiaalipalveluista. Osa vastuukunnista vastaa sopimuskuntien puolesta vain perusterveydenhuollosta.

Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestää 20 sairaanhoitopiiriä ja 15 kehitysvammaisten erityishuoltopiiriä. Näistä neljän kehitysvammaisten erityishuoltopiirin ja sairaanhoitopiirin toiminta on yhdistetty samaan kuntayhtymään.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamistarve on ollut esillä jo varsin pitkään. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2010 työryhmän valmistelemaan peruslinjauksia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamiseksi. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa todettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntarakenteen uudistamista. Hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen 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 olisi hallitusohjelman mukaan tarvittaessa ollut mahdollisuus poikkeusmenettelyyn, jossa kunnat yhdessä olisivat voineet muodostaa järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä, väestöpohjaltaan riittävän suuria sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu olisi hallitusohjelman mukaan ollut samalla organisaatiolla (kunta tai sosiaali- ja terveysalue). Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet olisivat vastanneet sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista sekä osasta erikoissairaanhoidon tehtäviä (esimerkiksi niin kutsuttu peruserikoissairaanhoido) sekä vastaavasti sosiaalihuollon tehtävistä tavoitteena mahdollisimman laajan palvelukokonaisuuden muodostuminen. Tar-

koituksenmukaisen työnjaon perusteella määriteltävistä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tehtävistä kunnat ja sosiaali- ja terveysalueet vastaavat yhdessä. Sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien palvelutuo- ttoa käytetään täydentämään kuntien ja sosiaali- ja terveysalueiden palveluja.

Kuntien ja sosiaali- ja terveysalueiden yhteisiä tehtäviä varten olisi muodostettu viisi erityisvastuualuetta (Erva). Erva-alueen tehtäviin olisivat kuuluneet muun muassa vaativat keskitettävät terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut sekä tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyviä tehtäviä.

Hallitusohjelman perusteella sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä laadittiin ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen toteuttamiseksi. Työryhmän ehdotus hallituksen esitykseksi oli lausuntokierroksella alkuvuodesta 2014.

Lausuntokierroksen jälkeen eduskuntapuolueiden puheenjohtajat sopivat 23.3.2014 valmistelun käynnistämisestä uudelta pohjalta. Sopimuksen perusteella kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään viiden alueellisen sosiaali- ja terveysalueen toimesta. Alueet tukeutuvat olemassa oleviin toimiviin rakenteisiin. Lähipalvelut, kuten terveyskeskukset, vanhusten kotipalvelut ja sosiaalihuollon palvelut säilyvät jatkossakin lähellä ihmistä. Alueiden hallintomalli on kuntayhtymä ja niiden rahoitus tulee kunnilta painotetun kapaatiomallin mukaisesti.

Pääministeri Alexander Stubbin hallitusohjelman mukaan hallitus sitoutuu hallituksen ja oppositiopuolueiden tekemään linjaukseen, jonka mukaisesti suomalaisten keskeiset hyvinvointipalvelut turvataan toteuttamalla perusteellinen sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistus. Kansallisella ja sote-alueiden ohjauksella varmistetaan, että uudistukselle asetettu tavoite kestävyysvajeen supistamisesta saavutetaan.

Eduskuntapuolueiden puheenjohtajien tekemään sopimuksen perustuen on valmisteltu hallituksen esitys eduskunnalle kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseksi. Valmistelua on ohjannut parlamentaarinen ohjausryhmä.

Muun muassa edellä todettuihin kirjauksiin liittyen hallitusohjelmassa todettiin, että

sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen 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 järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat välillisesti useat perusoikeudet, keskeisimmin yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltö (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 terveystieteiden turvaamisvelvollisuus on täytettävä.

Perustuslain 6 §:n 1 momentti sisältää vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta. Säännöksen mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ihmisiä on kohdeltava lainsäädännössä, tuomioistuimissa ja viranomaistoiminnassa samanlaisissa olosuhteissa samalla tavoin. Yhdenvertaisuusperiaatteen sisältyy myös mielivallan kieltö. Lain-

säädäntövallan 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 terveystieteiden 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 terveystieteiden palvelut

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveystieteiden palveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystieteiden palvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön, kuten sosiaalihuoltolain (710/1982), vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987), terveydenhuoltolain (1326/2010), kansanterveyslain (66/1972), erikoissairaanhoidon lain (1062/1989), tartuntatautilain (583/1986) ja useiden muiden erityislakien säännökset kuntien velvollisuudesta järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

Palvelujen riittävyyttä arvioitaessa lähtökohtana pidetään sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Riittävät palvelut eivät perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettussa mielessä samaistu kuitenkaan 19 §:n 1 momentin viimesijaiseen turvaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä säännös asetuu keskeiseen asemaan ratkaistaessa kysymystä siitä, kuinka riittävät, mutta myös välttämättömät, sosiaali- ja terveyspalvelut 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 perustelujen mukaan yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintaloikoilla 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 terveydenhuolto asukkaalleen 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 terveyspalvelut 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 käyt-

tää 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 saamelaisten, romanien ja viittomakielisten sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien kielellisistä oikeuksista. Perustuslain 17 §:n 2 momentin mukaan julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten 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 ruotsin kielellä. Näissä viranomaisissa perustuslain voidaan katsoa edellyttävän, että hallinnon on oltava laadullisesti yhtä hyvää sekä käytännössä saatavissa suomen- ja ruotsinkieliselle väestölle samanlaisin perustein.

Perustuslain 122 §:n mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten 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 yksityiskohdalliset säännökset oikeudesta käyttää suomea ja ruotsia. Kielilakia sovelletaan valtion ja kuntien viranomaisissa ja itsenäisissä julkisoikeudellisissa laitoksissa. Laki koskee myös valtion liikelaitoksia, valtion ja kuntien yhti-

öitä 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 saamenkielillä 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 puhtauskäsitusten osalta.

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

Suomessa asuu 4 863 351 suomenkielistä ja 291 219 ruotsinkielistä (valtioneuvoston kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta

2013) henkilöä. Pohjois-, inarin- ja kolt-tasaamea puhuvia henkilöitä arvioidaan olevan yhteensä noin 9 000–10 000. 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 ja terveydenhuollon 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 tulkkaus- ja käännösavun 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 päätösvalan 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 kannavoidsaan yhteiseksi eduksi. Hyvinvointivaltio nojautuu siten toiminnallisesti kunnalliseen itsehallintoon.

Eduskunnan perustuslakivaliokunta on määrittänyt kunnallisen itsehallinnon ydinsisältöä 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 kuntalaisten 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 säädettyillä perusoikeussäännöksillä. Näitä on kuvattu edellä kohdassa 2.1.

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 kestävä kehitystä alueellaan. Terveystuololaki velvoittaa kuntia ja kuntayhtymiä terveys- ja hyvinvointivaikutusten ennakoarvointiin päätöksenteossa ja ratkaisujen valmistelussa. Kuntien tulee seurata asukkaistensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin, ja tätä varten on valmistettava hyvinvointikertomus ja määriteltävä seurannan indikaattorit. Myös terveyden ja hyvinvoinnin vastuutahot tulee määritellä. Terveysten edistämisen toteutuksesta tulee sopia sairaanhoitopiiriin kuuluvien 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. Sosiaalihuoltolain (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, työllistämässä, 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 tervey-

denhuollosta (338/2011). Yksityiskohtaisemmin eri väestö- ja asiakasryhmien hyvinvoinnin edistämisestä säädetään näitä ryhmiä koskeissa 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 sovitetaan yhteen 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. Ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuuluu kuntajohdolle. Hallinnonalat ylittävää operatiivista johtamista, asioiden valmistelua ja toimeenpanoa varten on suositeltu, että kunnat nimeävät eri toimialojen johtohenkilöistä koostuvan hyvinvointityöryhmän, 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, seurantaa 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 laatusuosituksot, valtioneuvoston periaatepäätökset, oppaat sekä teemakohtaiset ohjelmat, esimerkiksi terveyden edistämisen laatusuosituksot, ravitsemusta ja liikuntaa käsittelevät periaatepäätökset ja suositukset, Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma, Alkoholiohjelma, Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen, Mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma, Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy tavoiteohjelma ja Kansallinen väkivallan vähentämishjelma (Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, Väliarviointi, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4). Ohjelmaohjausta 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 (Työ-

ryhmän loppuraportti: Sosiaali- ja terveysministeriön 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 erikoissairaanhoidoissa. 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 perusterveydenhuollon toimeenpanosta vastaava monijäseninen toimielin yhteisesti jäsenkuntia varten. Kunta voi myös sopia toisen kunnan kanssa siitä, että tämä hoitaa osan perusterveydenhuollon toiminnoista.

Terveydenhuoltolain 17 §:n perusteella korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan kunnan suostumuksella järjestää myös Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston hyväksymällä tavalla. Säännöksen perusteella yliopisto-opiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta vastaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS). Ammattikorkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon toteuttamisesta vastaavalla tavalla järjestettiin määräaikainen kokeilu vuosina 2011–2014.

Kansanterveyslain 2 a luvussa ja sosiaalihuoltolain 2 a luvussa säädetään kotihoitokokeilusta, joka on voimassa vuoden 2014 loppuun saakka. Säännökset mahdollistavat ko-

keiluun 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.

Erikoissairaanhoidon ja sairaanhoitopiirit

Kuntien vastuulla on huolehtia siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon on kunnalle kuuluva tehtävä, mutta sen toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Kunta voi itse päättää, mihin sairaanhoitopiiriin kuuluu.

Ahvenanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu maakunnan lainsäädäntövaltaan. Sen perusteella niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollonkin järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoidonviranomaisen (Ålands hälso- och sjukvård).

Erikoissairaanhoidolaissa 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 edusta-

ja 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 erikoissairaanhoidon lähetettyjen potilaiden ja kiireellistä erikoissairaanhoidon 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 järjestää toiminnan siten, että kaikilla ihmisillä, jotka kuuluvat toimijan vastuupiiriin, on mahdollisuus saada palveluja yhtäläisin perustein.

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskus-sairaala. Näistä viisi on erityistason sairaanhoidon antavia yliopistollisia sairaaloita (Helsinki, Turku, Tampere, Oulu ja Kuopio). Sairaanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. Sairaanhoitopiiriin sairaaloita käytetään ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon. Poikkeuksena ovat erityistason sairaanhoito ja muut mahdolliset sopimuksenvaraiset järjestelyt. Lisäksi potilaalla on terveydenhuoltolain perusteella oikeus valita hoitopaikka myös muiden sairaanhoitopiirien sairaaloista.

Terveydenhuoltolailla 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 erikoissairaanhoidon siten, että perus-

terveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiirin on perustettava perusterveydenhuollon yksikkö, joka antaa asiantuntevasta ja sovittaa 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, mitkä ovat erityisvastuualueet ja mitkä sairaanhoitopiirit kuuluvat mihinkin erityisvastuualueeseen. Nykyisen lainsäädännön mukaan erityisvastuualue ei ole oikeushenkilö, vaan sen hallinto tukeutuu yliopistollisen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän hallintoon.

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

Terveydenhuoltolain mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiiriin on yhteistyössä huolehdittava kuntien ja sairaanhoitopiiriin tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta eri-

koissairaanhoidon antamisessa, terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksessa sekä tieteellisen tutkimuksen ja kehittämisen järjestämisessä. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiiriin 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 sairaanhoitopiiriin 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 terveysministeriö jakaa valtion varoista yliopistollisille sairaaloille vuosittain korvausta lääkäreiden ja hammaslääkäreiden koulutukseen.

2.5 Sosiaalihuolto

Sosiaalihuoltolain 5 §:ssä säädetään sosiaalihuollon järjestämisvastuusta. Säännöksen mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan, kuin mainitussa laissa tai muutoin säädetään.

Kunnan on sosiaalihuollon järjestämisvastuunsa perusteella huolehdittava asukkaidensa tarpeista. Kunta on vastuussa siitä, että kunnan asukkaat saavat lailla säädettyt 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 hallintoriitahakemuksensa, vahingonkorvausvaa-

timuksensa 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 asukkaalleen;
- 2) toimeentulotuen antamisesta kunnassa oleskelevalle henkilölle;
- 3) sosiaaliavustusten suorittamisesta asukkaalleen;
- 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 asukkaalleen.

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 sosiaalihuoltolain 17 §:n 2 momentin mukaan huolehdittava myös 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) säädettyistä 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 koskevissa asioissa 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 (sosiaali- 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 kuntayhtymässä, 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 kuntayhtymästään säädetty. Kunnat on jaettu erityishuoltopiireihin erityishuoltopiireistä annetulla valtioneuvoston asetuksella (1045/2008). Erityishuoltopiireihin kuuluvat kunnat ovat jäseninä erityishuoltopiirien kuntayhtymässä lukuun ottamatta Helsingin kaupunkia, joka muodostaa valtioneuvoston päätöksen mukaan yksin Helsingin erityishuoltopiirin.

Kaksikieliset ja ruotsinkieliset kunnat ovat lisäksi jäseninä erityishuollon kuntayhtymässä, jonka tehtävänä on piirijaosta 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 kuntayhtymän 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 keskittämistä 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 pakkokuntayhtymissä, 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 kuultava kehitysvammalain mukaisesti erityishuollon kuntayhtymään. Kunnan erityishuoltoviranomaisena toimii sosiaalilautakunta, jonka kanssa erityishuoltopiirin kuntayhtymän 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 erityishuolto-

piiri 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 palvelurakennemuutostuksesta annetun lain 6 §:n mukaisesti erityishuollon palvelut tulee erältä osin järjestää sairaanhoidopiirien yhteydessä.

2.6 Kunta- ja palvelurakenne

Kuntarakenne

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

Kuntarakennelain 1 §:n mukaan Suomi jakaantuu kuntiin asukkaiden itsehallintoa,

palvelujen järjestämistä ja yleistä hallintoa varten. Lain 2 §:n mukaan kuntajaon kehittämisen tavoitteena on elinvoimainen, alueellisesti eheä ja yhdyskuntarakenteeltaan toimiva 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 kolmanneksella 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.

Taulukko 1 Manner-Suomen kunnat

Manner-Suomen kunnat (pl Ahvenanmaa)	v. 2008*		v. 2014 **	
	kpl	asukkaita	kpl	asukkaita
alle 2 000 asukkaan kuntia	63	88 481	31	45 824
2 000 – 10 000 asukkaan kuntia	237	1 305 437	171	869 917
10 000- 20 000 asukkaan kuntia	46	662 382	47	674 917
yli 20 000 asukkaan kuntia	53	3 305 512	55	3 834 039
kuntia yhteensä	399		304	

Manner-Suomen kuntien koko ja asukasluvut (*31.12.2007 asukasmäärätiedoilla, **31.12.2013 asukasmäärätiedoilla).

Kuntauudistus

Hallitusohjelman 22.6.2011 mukaan hallitus toteuttaa koko maan laajuisen kuntauu-

distuksen, jonka tavoitteena on vahvoihin peruskuntiin pohjautuva elinvoimainen kuntarakenne. Vahva peruskunta muodostuu luonnollisesta työssäkäyntialueesta ja on riittävän

suuri pystyäkseen itsenäisesti vastaamaan peruspalveluista vaativaa erikoissairaanhoidon ja vaativia sosiaalihuollon palveluja lukuun ottamatta. Vahva peruskunta kykenee tulokselliseen elinkeinopolitiikkaan ja kehittämistyöhön sekä voi tehokkaasti vastata yhdyskuntarakenteen hajautumiskehitykseen. Kuntaudistuksen tärkein tavoite on julkisten palveluiden turvaaminen myös tulevaisuudessa kaikkialla Suomessa.

Kuntaudistuksen toteuttamiseksi kuntajakolaisia (1698/2009) muutettiin heinäkuun alusta 2013 voimaan tulleella kuntajakolain muuttamisesta annetulla lailla (479/2013). Kuntajakolain nimike muutettiin sen sisältöä paremmin kuvaavaksi kuntarakennelaiksi. Lakiin lisättiin säännökset kuntarakennemuutosten toteuttamiseen liittyvistä kuntarakennemuutosten tavoitteista, kuntien selvitysvelvollisuudesta, selvityspäätteistä ja niistä poikkeamisesta sekä kuntien yhdistymisen taloudellisesta tuesta.

Kuntarakennemuutosten 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 säädettyistä selvityspäätteistä osoittaa selvityksen tarvetta. Selvityspäätteet ovat palveluperuste, työpaikkaomavaraisuus-, työssäkäynti- ja yhdyskuntarakennepäätteet sekä taluspäätte. Metropolialueella sovelletaan työpaikkaomavaraisuus-, työssäkäynti- ja yhdyskuntaperusteen sijasta omaa metropoliperustettaan.

Vaikka kunta ei täyttäisi mitään edellä mainituista päätteistä, sen tulee osallistua yhdistymiselvitykseen, jollei muuten ole saavutettavissa selvityspäätteet täyttävää toiminnallista kokonaisuutta. Jos yhdistymiselvitysten ulkopuolelle on jäämässä kunta, joka muodostaisi toiminnallisen kokonaisuuden siihen rajoittuvan kunnan kanssa, on näiden kuntien selvitettävä yhdessä kuntien yh-

distymistä, 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 liittyvä yhdistymissopimus. Lähtökohtaisesti yhdistymiselvityksen 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 saamelaiden 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 tuli ilmoittaa valtiovarainministeriölle 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 yhdistymiselvityksen laajuuden tai muun erityisen vaativuuden päätteellä.

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 kuntalaisten enemmistö.

Henkilöstön asema

Kuntarakennelaisissa jatkettiin myös Parasuudistuksessa voimassa ollutta henkilöstön irtisanomissuojaa. Vuosina 2014—2017 voimaan tulevilla kuntajaon muutoksilla henkilöstöllä on viiden vuoden irtisanomissuoja.

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 perustus-

lain asettamien reunaehtojen mukaisesti kuntien yhdistymistä koskevaa valtioneuvoston toimivaltaa kuntarakennelain 4d §:n 3 momentissa tarkoitetulla 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. Kuntalakiin ollaan 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. Tällaisesta kunnasta käytetään nimitystä vastuutai isäntäkunta.

Arkikielessä vastuu- tai 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 92 §: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 säädetystä asioista, kuten hallinnon järjestämisen perusteista, talousarvion ja tilinpäätöksen hyväksymisestä ja maksuista. Tämä tarkoittaa, että vastuukunnan valtuustolla on viime kädessä päätösvalta tärkeimmissä palvelujen järjestämisestä koskevissa asioissa. Yhteistoimintasopimuksissa kuitenkin yleensä sovitaan sopimusohjausmenettelystä, 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-puitelaissa edellytettiin, että isäntäkunnan tulee asettaa kuntalaissa säädetty yhteinen toimielin. Malli ei tuossa vaiheessa herättänyt laajempaa keskustelua muiden kuin isäntäkunnan vaikutusmahdollisuuksista, koska kunnat saattoivat valita sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan muodoksi kuntayhtymän tai vastuukunnan, jotta vähintään noin 20 000 asukkaan väestöpohja saavutettaisiin. Käytännössä kunnat ovat puitelain mukaisessa yhteistoiminnassa ottaneet mallin käyttöön suhteessa 40/60 (kuntayhtymä/vastuukunta).

Kuntayhtymä

Lakisäateistä yhteistoimintaa koskevassa erityislainsäädännössä on sekä erikoisrauhanhoidon, kehitysvammahuollon että maakuntien liittojen hallinto edellytetty järjestettäväksi kuntayhtymämallilla.

Vastuukuntaan ja yhteiseen toimielimeen verrattuna kuntayhtymästä säädetään kuntalaissa huomattavasti enemmän. Laissa on säädetty perussopimuksen vähimmäissisällöstä, toimielimestä, 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 jäsenkunnasta sitä kannattaa ja niiden asukasluku 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 sovitetaan 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 sovitettava 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 jäsen-

kuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta maakunnan alueella. Lisäksi jäsen on oltava jäsenkuntien valtuutettuja ja jokaisella jäsenkunnalla on oltava vähintään yksi edustaja. Maakuntien ylimmän toimielimen kokoonpanoa suhteellisenä vaalitulokseen nähden pidettiin tarpeellisenä 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 tarkoitetun 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 valmistelevalta talousjaosto on esittämässä kuitenkin alijäämän kattamisvelvoitetta myös kuntayhtymille. Koska kuntayhtymä on oma oikeushenki-

lönsä, 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 jäsenkunnasta 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 yhteistoimintamalliin valintaan on vaikuttanut vastuukunnan koko.

Kuntien yhteistoiminnan erilaisia toteutuksia

Kainuun hallintokokeilu

Kainuussa toteutettiin vuosina 2005–2012 hallintokokeilu, jossa Kainuun maakunta huolehti alueen sosiaali- ja terveyspalveluista päivähoido pois lukien sekä toisen asteen koulutuspalveluista. Vaalan kunta ei kuulu hallintokokeiluun. Asukkaita järjestämistä vastuualueella oli noin 83 000. Hallintokokeilun keskeisenä syynä oli alueen epäsuotuisa väestö- ja työllisyyskehitys. Sosiaali- ja terveyspalvelut integroitiin lähes täysin ja organisoitiin uudelleen elämäntapaajattelun mukaisesti. Palvelut ryhmiteltiin lähipalveluihin ja seudullisiin sekä keskitettyihin palveluihin siten, että päivittäispalvelut järjestettiin lähipalveluina ja kalliit sekä erikoisosaamista vaativat palvelut keskitettyinä ja seudullisina. Päättävalta kuului suorilla vaaleilla valitulle maakuntavaltuustolle. Laki Kainuun hallintokokeilusta (343/2003) edellytti 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 suhteen. Tämän perusteella voidaan arvioida, että näistä asioista säätäminen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen yhteydessä on perusteltua.

Laaja järjestämistaso helpotti palvelujen integroimista ja toimintakäytäntöjen yhdenmukaistamista. Muun muassa potilas- ja asiakastietojärjestelmät sekä arviointi- ja hoitopäätökriteerit yhdenmukaistettiin. Alueellisesti jaetut kehittämisrahat yhdistettiin ja tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteistyötä vahvistettiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on koettu erittäin hyväksi käytän-

nöksi, eikä sitä ole ollut tarkoituksena purkaa kokeilun päättymisen jälkeen. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain yhtenä tarkoituksena on luoda koko maahan samankaltainen palvelujärjestelmien integraatio kuin Kainuussa.

Uudistuksen alussa kustannuskehitys oli myönteinen, mutta kokeilun loppua kohden kustannukset nousivat voimakkaasti. Palvelujärjestelmien integrointi on koonnut voimavaroja, mikä on ollut keskeinen kustannusten hallintaa tuottanut tekijä. Hallintokokeilu rahoitettiin prosentuaalisella maksuosuudella kuntien budjetista. Kun maakunta ei pystynyt laskuttamaan kuntia todellisen käytön perusteella, maksutapa kannusti maakuntaa tehokkuuteen. Järjestelmä myös paransi kuntien menojen ennakoitavuutta ja hillitsi menojen kasvua. Taloudellisesti heikoimmassa asemassa olleet kunnat hyötyivät kokeilusta eniten. Erityisesti tukipalveluissa saatiin integrointia parantamalla ja päällekkäisyyksiä poistamalla merkittävät säästöt. Säästön suuruus oli 20 prosenttia tuotantokustannuksista eli noin miljoona euroa vuodessa.

Hallintokokeilu paransi sairaanhoidon saatavuutta ja vähensi pitkään jonottaneiden potilaiden määrää merkittävästi huolimatta siitä, että Kainuu kärsi lääkäripulasta ja ajoittaisesta hoitajapulasta koko kokeilun ajan. Hallintokokeilun aikana kuntalaisten oli mahdollista valita palvelupaikka itse, mikä helpotti palvelun saantia. Muiden kuin lääkäripalvelujen käyttö lisääntyi kokeilun aikana. Hoidon tarpeen arvioinnissa ja yhteyden saannissa terveydenhuoltoon päästiin säännösten mukaiseen tulokseen hallintokokeilun aikana.

Perhe- ja vanhuspalvelut koostuivat sekä sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon että erikoissairanhoidon palveluista. Perhepalveluissa panostettiin ennaltaehkäiseviin palveluihin, mikä lisäsi asiakasmääriä. Monien palvelujen alueellisia toimintakäytäntöjä yhdenäistettiin. Vanhuspalveluissa saavutettiin valtakunnalliset tavoitteet hallintokokeilun aikana. Asiakasmaksut sekä palvelujen myöntämiskriteerit yhdenmukaistettiin. Vanhuspalvelut tuotettiin pääasiassa lähipalveluina. Palvelurakenteessa panostettiin avopalveluihin ja erityisesti kotona selviytymisen tukemiseen. Muistisairaiden palveluja tehostettiin ja palvelusetelit otettiin käyttöön

erityisesti kotihoidossa ja omaishoidon vapaapäiväjärjestelyissä. Palvelusetelimalli havaittiin toimivimmaksi maakunnan keskuskaupungissa Kajaanissa, jossa on sekä eniten palveluntuottajia että suuret asiakasmäärät. Ympäri vuorokautisen hoivan suhteellista osuutta saatiin pienennettyä.

Kunta- ja palvelurakennemuudistus

Kunta- ja palvelurakennemuudistus eli Parasuudistus käynnistyi toukokuussa 2005, kun sisäasiainministeriö asetti kunta- ja palvelurakennemuodistushankkeen. Tätä koskeva Paras-puitelaki tuli voimaan keväällä 2007.

Lain keskeinen velvoite kunnille on perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen järjestämiselle säädetty vähintään noin 20 000 asukkaan väestöpohja. Kunnat saivat valita täyttävätkö ne väestöpohjavaatimuksen kuntaliitoksella vai perustamalla yhteistoiminta-alueen. Paras-puitelaki sisälsi säännökset, joiden mukaan väestöpohjavelvoitteesta oli mahdollista poiketa pitkien etäisyyksien, saaristokuntaolosuhteiden, kielellisten oikeuksien (suomi/ruotsi) tai saamenlaisten kielellisten ja kulttuuristen oikeuksien perusteella. Yhteistoiminta-alue voi olla toteutettu joko kuntayhtymänä tai ns. vastuukuntamallilla.

Parasuudistuksessa merkittävimmät rakennemuutokset tapahtuivat vuonna 2009, jolloin suuri määrä kuntia yhdistyi. Tuolloin myös suuri osa yhteistoiminta-alueista käynnisti toimintansa. Seuraavassa kuvataan esimerkinä eräitä Parasuudistuksen myötä syntyneitä yhteistoiminta-alueita.

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi (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 yhteis-

toimintasopimuksessa vaan ostaa terveyspalvelut Mikkeliltä.

Mikkelin seutusoten muodostamista edelsi useita selvitys- ja suunnitteluvaiheita aina Paras -uudistuksen alusta lähtien. Mikkelin 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 terveyslautakunta. Palvelun tuottamisesta vastaa Mikkelin kaupunki, Kangasniemen kunta, Mäntyharjun kunta ja Pertunmaan kunta yhteistyössä yksityisten palvelutuottajien 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 merkittävimmistä uudistuksista alueella on ollut terveyspalvelujen ohjauksen kehittäminen niin sanotun Ensineuvon avulla. Ensineuvo on Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueen asukkaille tarkoitettu neuvonta- ja ohjauspalvelu, johon siirtyi 1.3.2012 myös Mikkelin seutusoten alueen terveyskeskusten ja -asemien ajanvaraus sekä terveysneuvonta.

Pori vastuukuntana järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut Porin, Merikarvian ja Ulvilan noin 100 000 asukkaalle vuoden 2013 alusta lähtien (*Porin perusturva*). Vuosina 2010 - 2012 yhteistoimintaan kuuluivat myös Luvia ja Pomarkku. Yhteistoiminnan käynnistyessä

Pori ja Noormarkku tekivät kuntaliitoksen 1.1.2010. Lavia toimii itsenäisenä palvelujen järjestäjänä, mutta ostaa sosiaali- ja terveyspalvelut Porin perusturvalta ilman yhteistoimintasopimusta. Vuoden 2013 alusta Pomarkku siirtyi Pohjois-Satakunnan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä POSA:aan ja Luvia Keski-Satakunnan perusterveydenhuollon 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 2 000 asukkaasta Ulvilan 13 000 asukkaaseen. Muut eri vaiheissa mukana olleet kunnat ovat alle 5 000 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 yhteensovittamisen haaste. Hyvin pienten kuntien tapoja 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 palvelutarjontaa lähemmäs alueen asukkaita. Lähipalvelukeskustoimintaan liittyy palvelurakenteen ja palvelupisteiden muutoksia sekä uudenlaista osaamisen käyttöä, esimerkiksi lääkärin tuki kotihoidon yksiköille ja aiempaa kattavammat kotiin viedyt palvelut.

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.

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.

Vuodesta 2009 toiminut *Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta Eksote* 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 erityishuollon palvelut. Asukkaita Eksoten toimialueella on

133 000. Muut kunnat kuin Imatra eivät järjestä mitään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja itse. Imatran väkiluku on 28 000 asukasta. Imatran työssäkäyntialueeseen kuuluvat muut kunnat saavat kaikki palvelunsa Eksotelta.

Eksotessa on saatu vuosien 2010–2013 aikana joitain suuruisia ekonomiaa liittyviä hyötyjä. Alueen kuntien tietojärjestelmät on integroitu yhteen. Vuoden 2014 alusta alueen esimiestason määrä on 74 henkilötyövuotta pienempi kuin vuoden 2013 alusta. Pitkäaikaisen 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 2,5 prosentin eli 700 000 euron säästöt ja jonojen purkaminen. Aloittamisvuonna Eksoten järjestämien palvelujen kustannukset kasvoivat hieman muihin maakuntiin nähden, mutta jokaisena seuraavana vuonna Eksoten palvelujen kustannukset ovat pienentyneet suhteessa muiden maakuntien palveluihin.

Positiivisesta kehityksestä huolimatta Eksoten talous on ollut alijäämäinen. Eksotesta tehdyn ulkoisen arviointiraportin (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta, 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 vas-

tuukunnan ja muiden kuntien taloudelliset intressit eivät ole ristiriidassa.

Arviointiraportin mukaan Imatran perussopimuksen mukainen erityisasema Eksotessa kannustaa osaoptimointiin sekä investointien että budjettisuunnittelun 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 terveystalouden kustannukset ovat kasvaneet nopeimmin muihin alueen kuntiin verrattuna. Raportissa suositellaan maakuntaan yhtenäistä ja kaikkien kuntien kanssa yhdenmukaisesti sovittua sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen piiriä.

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 vuositasona 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.

Kuntien yhteistoiminta ja hankinnat

Valtion ja kuntien viranomaisten sekä muiden hankintayksiköiden velvollisuudesta kilpailuttaa hankintansa säädetään julkisista hankinnoista annetussa laissa (348/2007). Lailla on pantu täytäntöön muun muassa julkisia rakennusurakoita sekä julkisia tavara- ja palveluhankintoja koskevien sopimusten tekomenettelyjen yhteensovittamisesta annettu Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2004/18/EY, joka on voimassa 17.4.2016 saakka. Euroopan komissio käynnisti julkisten hankintojen uudistamistyön vuonna 2011 julkaisemalla vihreän kirjan, ja helmikuussa 2014 annettiin EU:n julkisia hankintoja koskevat uudet direktiivit, joihin lukeutuu Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2014/24/EU, julkisista hankinnoista ja direktiivin 2004/18/EY kumoamisesta, jäljempänä *uusi hankintadirektiivi* (2014/24/EU, 28.3.2014 L 94). Direktiivit uudistavat lähes kokonaan nykyisen hankintoja koskevan EU-sääntelyn. Tähän liittyen työ- ja elinkeinoministeriö on aloittanut julkisia hankintoja koskevan lainsäädännön kokonaisuudistuksen, jonka on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2016 keväällä.

Julkisia hankintoja koskevien direktiivien taustalla ovat EU:n sisämarkkinoiden toimivuuteen, kuten tavaroiden ja palvelujen vapaaseen liikkuvuuteen liittyvät tavoitteet, jotka on ilmaistu EU:n toiminnasta tehdyssä sopimuksessa (SEUT). Direktiivien perusteella EU-alueen tietyn kynnyksarvon ylittävät julkiset hankinnat on avattu kilpailulle. Uudessa hankintadirektiivissä on lueteltu joukko palveluja, joissa voidaan kansallisesti säätää kevyemmistä hankintamenettelyistä ja joiden kilpailuttamisessa voidaan soveltaa korkeampaa EU-kynnyksarvoa (750 000 euroa). Tätä sääntelyä voidaan soveltaa myös sosiaali- ja terveydespalvelujen hankintoihin.

Hankintalainsäädännön soveltamisen lähtökohtana on vastikkeellinen hankintasopimus. Hankintalainsäädäntö edellyttää julkisyhteisöjä ja muita hankintayksiköitä järjestämään hankintasopimuksistaan avoimia, tehokkaita ja tasapuolisia tarjouskilpailuja.

Jos julkisen palvelun velvoitteen antamisessa on kyse palvelun tuottamisesta julkisyhteisölle vastiketta vastaan, tai jos vastikkeena on palveluntuottajalle siirtyvä oikeus hyödyntää palvelua, on lähtökohtaisesti kyseessä hankinta- tai käyttöoikeussopimus, joka tulisi kilpailuttaa hankintalainsäädännön mukaisesti.

Uusilla hankintadirektiivin säännöksillä ei edelleenkaan puututa hankintayksiköiden oikeuteen tuottaa itse vastuullaan olevat palvelut omana toimintanaan. Hankintaa ei tarvitse kilpailuttaa silloinkaan, kun hankintaviranomainen on organisoinut oman palveluyksikönsä erilliseksi, alisteiseksi oikeushenkilöksi, joka pääasiallisesti tarjoaa palveluja vain omistajilleen. Kilpailuttamisvelvollisuudesta on vapautettu uuden hankintadirektiivin 11 artiklan mukaan myös sellaiset rakenteelliset yhteistyömallit, joissa palvelun tuottaminen perustuu lailla, asetuksella tai hallinnollisella määräyksellä viranomaiselle annettuun yksinoikeuteen. Näissä tapauksissa hankintayksiköllä ei ole todellista mahdollisuutta valita palvelun tuottajaa. Vastaava sääntely on nykyisinkin voimassa.

Uuden hankintadirektiivin 12 artiklassa säädetään erilaisista yksiköiden välisistä yhteistyömalleista, jotka jäävät direktiivin soveltamisalan ulkopuolelle. 12 artiklan 1 kohdassa määritellään sidosyksikköhankinnat, eli niin sanotut in house -hankinnat. Direktiivin määritelmät laajentavat in house -hankintojen mahdollisuutta. Käytännössä nämä hankinnat jäävät hankintalain soveltamisalan ulkopuolelle. In house -mallissa hankintaviranomainen tekee hankinnan siitä muodollisesti erilliseltä ja päätöksenteon kannalta itsenäiseltä yksiköltä, mutta käyttää kyseisessä oikeushenkilössä samanlaista määräysvaltaa kuin omissa yksiköissään. Lisäksi tuotantoyksikön tulee tuottaa palveluja lähinnä vain hankintaviranomaiselle.

Tietyt edellytykset täyttävät hankintayksiköiden yhteistyöhankinnat jäävät myös uuden hankintadirektiivin 12 artiklan 3 kohdan mukaisesti kilpailuttamisvelvoitteen ulkopuolelle, vaikka ne sinänsä olisivatkin hankintoja. Näissä sopimuksessa sovitaan viranomaisten vastuulla olevien viranomaistehtävien hoitamisesta yhteistyössä yhteisten julkisen edun mukaisten tavoitteiden mukaisesti.

Yhteistyöjärjestelyssä mukana olevien viranomaisten tehtävien ei tarvitse olla identtisiä, vaan ne voivat olla myös toisiaan tukevia tai täydentäviä. Tällä varmistetaan viranomaisten vastuulla olevien tehtävien hoitaminen ja yhteisten tavoitteiden saavuttaminen. Yhteistyön täytäntöönpano perustuu yksinomaan yleisen edun mukaisten näkökohtien huomioimiseen. Uuden hankintadirektiivin 12 artiklan 3 kohdan taustalla on EU-tuomioistuimen ratkaisukäytäntö. Suomen kuntayhtymämalli on edellä mainitun artiklan mukaisesti toteutettuna kilpailuttamisvelvoitteen ulkopuolelle jäävä järjestely. Uusimman kansallisen oikeuskäytännön mukaisesti myös kuntalain mukainen vastuukuntamalli voi toteuttaa direktiivin 12 artiklan mukaiset ehdot silloin, kun palvelun tuotanto toteutetaan yhteisen toimielimen määräysvallassa ja tarkasti perussopimuksessa määritellyin ehdoin kaikkien jäsenenä olevien kuntien yhteisen tehtävän hoitamiseksi. Järjestämispäätöksen mukaisesti tuottamistehtävän saanut vastuukunta toteuttaisi osaltaan sote-alueen tehtäviä, jota kunnat ovat velvollisia rahoittamaan. Vastuukuntakin tuottaa näissä tilanteissa palvelua muille sopimuskunnille yleisen edun mukaisesti ilman liikevoittotavoitetta. Järjestelyllä toteutetaan yhteisvastuun periaatteita eikä toiminnassa aseteta mitään yksityistä palvelutarjoajaa kilpailijoitaan edullisempaan asemaan. Näin ollen sosiaali- ja terveysalue voisi antaa palvelujen tuottamisvastuun edellä mainitut ehdot täyttävälle kuntayhtymille ja vastuukunnille.

Lainsäädännön nojalla rajattua viranomais-toimintaa ei voida pitää hankintalainsäädännössä tarkoitettuna hankintasopimuksena. Tilanteet täyttävät myös unionin tuomioistuimen ratkaisukäytännössä sekä uudessa hankintadirektiivissä asetetut horisontaalisen yhteistyön vaatimukset ja edellytykset. Kyse ei ole kilpailutilanteesta yksityisten tuottajien kanssa, eikä myöskään mikään yksityinen palvelutarjoaja ei ole kilpailijoitaan edullisemmassa asemassa. Edellä mainituin perustein hankintalainsäädännön säännökset eivät siis tule sovellettaviksi sosiaali- ja terveysalueen päättäessä tuottamisvastuun antamisesta kuntayhtymälle, koska näissä toimenpiteissä ei ole olemassa markkinoita.

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

Rahoitus

Käyttökustannukset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen lähtökohtana Suomessa on, että palvelut kuu- luvat julkisen vallan järjestämisvastuulle, palvelujen tulee olla kaikkien saatavilla ja ne kustannetaan pääosin verovaroin. Verorahoit- teisen mallin on katsottu parhaiten varmistavan palvelujen mahdollisimman tasa- arvoisen 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 terveyspalvelujärjes- telmän rahoitus on muun muassa valtion- osuusjärjestelmän kautta myös erittäin mer- kittävä osa valtiontaloutta.

Kuntasektorin käyttökustannukset olivat noin 42,1 miljardia euroa vuonna 2011. Sosi- aali- ja terveystoimen osuus oli tästä 21,6 miljardia euroa eli 51,3 prosenttia, kun mu- kana on myös lasten päivähoidon käyttökus- tannukset. Sosiaali- ja terveystoimen osuus kuntien käyttökustannuksista ilman lasten päivähoitoa oli 18,8 miljardia euroa eli noin 45 prosenttia. Vuodesta 2013 lähtien lasten päivähoito ei enää ole osa sosiaalipalvelua ja se on kaikissa kuntien yhteistyömuodoissa peruskuntien tehtävä osana sivistystointa. Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuk- sista erikoissairaanhoido kattoi vuonna 2011 kolmanneksen ja perusterveydenhuolto vii- denneksen. Muille tehtäväluokille jäi siten al- le puolet. Kuntien väliset erot sosiaali- ja ter- veystoimen meno-osuuksissa samoin kuin asukaskohtaisissa menoissa vaihtelevat suu- resti.

Kunnille maksetaan valtionosuutta sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta an- netun lain (1704/2009) mukaisesti. Koko maan tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus osana peruspalvelujen valtion- osuutta on vuonna 2015 noin 25 prosenttia

kuntien sosiaali- ja terveystoimen menoista. Valtionosuusjärjestelmä tasaa kuntien palve- luiden järjestämisessä olevia kustannuseroja, ja valtionosuusjärjestelmään liittyvällä vero- tuloihin perustuvalla valtionosuuden tasaus- järjestelmällä tasataan kuntien tulopohjissa olevia eroja, jotta kunnat pystyvät rahoitta- maan peruspalvelunsa.

Yleiskatteellisen peruspalvelujen valtion- osuuden määrä oli 8,5 miljardia euroa vuon- na 2012. Siitä sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus oli 71 prosenttia (6 miljardia euroa). Valtio kohdentaa peruspalvelujen valtion- osuuden lisäksi rahoitusta kuntasektorin sosi- aali- ja terveystoimeen ja siihen kytkeytyviin toimintoihin myös useiden muiden valtion ta- lousarviomomenttien kautta. Tällaisia erii ovat muun muassa valtionosuus perustoi- meentulotuen kustannuksiin, valtion korvaus kuntien terveydenhuollon yksiköille lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin, valtion rahoitus yliopisto- tasoiseen terveyden tutkimukseen, sekä val- tion korvaus kunnille kuntouttavan työtoi- minnan järjestämisestä.

Kuntien omat verotulot muodostavat kun- tasektorin menojen rahoituksesta noin 46 prosenttia. Yhdessä käyttötalouden valtion- osuuksien kanssa ne muodostavat lähes kaksi kolmasosaa kuntasektorin tuloista. Siten ve- rorahoitteisuus dominoi kuntien järjestämis- vastuulla olevien palvelujen rahoittamista.

Investoinnit

Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät vastaavat itse investointien ra- hoituksesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain perusteella kunnille ja kuntayhtymille voidaan suorittaa valtionavustusta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi tarpeellisiin perustamishankkeisiin, jos hanke on välttä- mätön ja sen kokonaiskustannukset ovat vä- hintään 300 000 euroa. Valtionavustuksen osuus hankkeen kokonaiskustannuksista määräytyy kunnan peruspalvelujen valtion- osuudesta annetun lain perusteella. Valtion- avustuksen saaminen edellyttää lisäksi, että valtion talousarviossa on määräraha avustuk- sen myöntämiseen. Käytännössä valtionavus- tuksia ei ole myönnetty uudisrakentamiseen

enää moneen vuoteen. Niinpä kunnat ja kuntayhtymät ovat rahoittaneet itse tällaiset investoinnit.

Erityisvaltionosuudet ja -avustukset

Opetustoiminta

Terveydenhuollon opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämisestä säädetään terveydenhuoltolain 7 luvussa. Sen mukaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, korvataan valtion varoista kustannuksia, jotka aiheutuvat lääkärin ja hammaslääkärin 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 perus- että 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. Yliopistotasaiseen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille, jotka päättävät tutki-

musrahoituksen 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 sairaanhoitopiiriin 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 tarkemmin käsiteltävän Kaste-ohjelman toteuttamiseksi valtion talousarvioon otetun määrärahan rajoissa. Valtionavustusta myönnetään enintään 75 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista. Hankerahoitukseen on käytettävissä yhteensä noin 46 miljoonaa euroa vuosina 2012 - 2015. Sen lisäksi Kaste-ohjelman valtakunnalliseen toimeenpanoon on osoitettu 3 miljoonaa euroa. 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 laaja-alaisesti 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.

Varainsiirtovero

Varainsiirtoverolain (931/1996) mukaan luovutuksensaajan on suoritettava varainsiirtoveroa kiinteistön ja arvopaperin omistusoikeuden luovutuksesta. Verokanta on kiinteistöjen luovutuksessa 4 prosenttia kauppahinnasta tai muusta vastikkeen arvosta. Jos luovutuksen kohteena ovat kiinteistöjen omistamista tai hallintaa harjoittavan osakeyhtiön osakkeet, varokanta on 2 prosenttia ja muun arvopaperin luovutuksessa 1,6 prosenttia. Jos luovutus tapahtuu tilanteissa, joissa kauppahintaa ei makseta, vero lasketaan luovutetun omaisuuden käyvästä arvosta luovutushetkellä.

Varainsiirtoveroa ei tarvitse suorittaa kiinteistön saannosta, jos luovutuksensaajana on kunta tai kuntayhtymä. Verovapaus ei koske kunnan tai kuntayhtymän omistamia osakeyhtiöitä. Velvollisuus suorittaa varainsiirtoveroa syntyy muun muassa silloin, kun kunta tai sen omistama osakeyhtiö sijoittaa kiinteis-

tön tai arvopapereita apporttina toiseen osakeyhtiöön. Tästä verovelvollisuudesta on säädetty määräaikaista poikkeuksia varainsiirtoverolain 43 a-c §:ssä.

Varainsiirtoverolain 43 b § (171/2007) säädettiin Paras-puitelain yhteydessä. Varainsiirtoverolain 43 b §:ssä säädetään määräaikaisesta verovapaudesta kuntien rakennearjestelyissä. Säännöksen mukaan kunta, kuntayhtymä tai niiden omistama kiinteistö-osakeyhtiö on voinut tietyin edellytyksin vuosina 2007–2012 luovuttaa verotta puitelaisissa tarkoitettujen velvoitteiden toteuttamiseksi omistamansa kiinteistön tai kiinteistö-osakeyhtiön osakkeita apporttina yhden tai useamman kunnan tai kuntayhtymän omistamalle kiinteistöosakeyhtiölle. Paras-puitelaki oli voimassa vuoden 2012 loppuun, mutta sen sisältämien sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoimintavelvoitteiden voimaantuloa jatkettiin vuoden 2014 loppuun saakka 4.5.2011 voimaantulleella lailla (384/2011). Tähän liittyen myös kuntien rakennearjestelyjen yhteydessä tapahtuvien luovutusten määräaikaisen verovapauden soveltamisaikaa jatkettiin osin muutettuna 1.1.2013 voimaan tulleella lailla (991/2012). Verovapaus koskee nyt vuoden 2016 loppuun mennessä tapahtuvia luovutuksia kiinteistön tullessa sosiaali- tai terveydenhuollon käyttöön.

2.9 Kehittämistoiminta ja -rakenteet

Kehittämistoiminta ja -rakenteet

Kunnan järjestämismvastuu

Sosiaalihuoltolain 13 §:n mukaan kunnan on sosiaalihuoltoon kuuluvina tehtävinä huolehdittava sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskevan koulutus-, tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä.

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 perusterveyden-

huollon 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 asukasluvu 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 osaamis-

keskustoimintaa 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 terveysalan 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 soveltuvin osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta. Tarkoituksena on myös, että yksikkö tekisi yhteistyötä sekä loisi pysyviä yhteistyökäytäntöjä oman alueensa sosiaalialan osaamiskeskusten 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 ehkäisyn näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste)

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 5 §:n mukaan valtioneuvosto vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) joka neljäs vuosi. Uusi ohjelma vuosille 2012 - 2015 vahvistettiin 2.2.2012. Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen strateginen ohjausväline sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamisessa. Ohjelmaa laadittaessa selvitetään

uudistustarpeet ja asetetaan tavoitteet. Sen jälkeen halutut muutokset viedään läpi yhteistyössä sidosryhmien ja kentän toimijoiden, erityisesti kuntien kanssa.

Kaste-ohjelmaa voidaan tarkistaa vuosittain ohjelman tavoitteiden toteuttamista tukevien toimenpiteiden osalta, muutoin sitä voidaan muuttaa erityisestä syystä. Kaste-ohjelmassa 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 tarkoituksenmukaisen toteuttamisen kannalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman organisaatioon kuuluvat neljäksi vuodeksi kerrallaan valittavat valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta, sen yhteydessä toimiva Kaste-ohjelman johtoryhmä, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliset johtoryhmät. Niistä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 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-ohjelman valtakunnallisen johtoryhmän tehtävänä on johtaa Kaste-ohjelman valmistelua sekä sen valtakunnallista ja alueellista toimeenpanoa. Johtoryhmän tulee muun muassa edistää keskushallinnon ja alueiden välistä yhteistyötä, käsitellä sosiaali- ja terveysjärjestöjen kanssa kansallisen kehittämisohjelman 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 eri-

koissairaanhoidon lain 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, erikoissairaanhoitolaian, 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 yleinen ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

Aluehallintovirastot

Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo sosiaalihuoltoa, kansanterveystyötä ja erikoissairaanhoitoa 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 terveystalalan lupa- ja valvontavirasto

Sosiaali- ja terveystalalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) on sosiaali- ja terveysministeriön alainen keskusvirasto, joka toimialana Sosiaali- ja terveystalalan 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, työterveyshuoltolaissa (1383/2001), erikoissairaanhoidolaissa, terveydenhuoltolaissa, mielenterveyslaissa, yksityisistä 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, terveydensuojelulaissa (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 säädettyistä tehtävistä sekä muussa laissa tai asetuksessa sille säädettyistä tehtä-

vistä. Virasto hoitaa lisäksi ne edellä tarkoitettujen 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, kansanterveysystyön, 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 kansanterveysystyötä 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 organisaatioiden asiakkaille tai potilaille järjestämisen tai tuottaman sosiaalihuollon tai terveyden- ja sairaanhoidon valvontaa. Valvonta on luonteeltaan laillisuusvalvontaa ja sen ensisijainen tarkoitus on turvata, että toiminta täyttää lainsäädännössä asetetut vaatimukset. Sosiaa-

li- 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 sosiaali- ja 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 syntyä. 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 keinoinasianomaisen 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 lääkehoidon toteutuksen tai asiakas- ja potilastietojen käsittelyn asianmukaisuuteen, hoidon tai huollon saatavuuteen ja muihin asiakkaan tai potilaan oikeuksiin liittyviin kysymyksiin, asiakkaiden tai potilaiden tekemien muistutusten käsittelyn asianmukaisuuteen taikka esimerkiksi sosiaalihuollon henkilöstön kelpoisuuden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattipätevyuden 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 sosiaalihuoltolain 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 asiakas- tai potilasturvallisuus sitä edellyttää. Yksityiselle sosiaalipalvelun tai terveydenhuollon palvelun tuottajalle myönnetty lupa voidaan myös peruuttaa osittain tai kokonaan, jos toiminnassa on olennaisesti rikkottu lakia. Valvira tai aluehallintovirasto voi lievemmissä 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, apteekeilta, ammattihenkilöiden työnantajilta, esimiehiltä tai tuomioistuimilta saatujen ilmoitusten johdosta sekä eri viranomaisten lausuntopyyntöjen perusteella. Valvira ja aluehallintovirastot voivat ottaa asian selvitettyväkseen 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. Hallintolaissa raja on 1.9.2014 lukien 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 raportoimien vuoden 2012 lukujen mukaan Tanskassa 11,00 %, Norjassa 9,3 %, Ruotsissa 9,6 % ja Suomessa 9,1 %. Terveydenhuollon kokonaiskustannuksista katettiin vuonna 2011 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 terveysindikaattoreita kuten esimerkiksi eliniän ennustetta ja lapsikuolleisuutta. Jos tarkastelu kavennetaan terveyden

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	Manner-Suomi
Erikoissairaanhoito	20 maakäräjäaluetta (+ 1 kunta)	4 aluetta	5 aluetta	304kuntaa (20 shp)
Perusterveydenhuolto	20 maakäräjäaluetta (+ 1 kunta)	428 kuntaa	5 aluetta	304 kuntaa
Sosiaalihuolto	290 kuntaa	428 kuntaa	98 kuntaa	304 kuntaa

Pohjoismaisessa vertailussa terveydenhuollon järjestämisvastuu on Suomessa hajautettu poikkeuksellisen monelle pienelle toimijalle. Tämä koskee erityisesti erikoissairaanhoitoon palveluita. Suomen lisäksi Norjassa kunnat ovat järjestämisvastuussa 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 järjestämisvastuu 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 järjestämisvastuussa sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoitosta ja psykiatrisesta sairaanhoidosta. Alueet huolehtivat myös aikuisten hammashoidosta ja fysioterapiasta. Kuntien tehtäviin kuuluu ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoito. 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 olennaisimmilta piirteiltään ennallaan, mutta joitakin muutoksia tehtiin. Tanska on jo pitkään soveltanut perusterveydenhuollon mallia, jossa lääkärit 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 pitkäaikaissairauksien 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 integroituja palveluita. Sopimuskäytäntöjä alueiden ja kuntien sekä ammatinharjoittajien välillä ehdotettiin uudistettaviksi. Lisäksi ehdotettiin muun muassa perusterveydenhuollon ammatinharjoittajien tarkempaa seurantaa ja laajempaa laatuindikaattorien käyttöä. Lainsäädännön muutokset tulivat voimaan alusyksyllä 2013.

Tanskassa on tehty myös näkyviä erikoissairaanhoidon uudistus päätöksiä. Eryistä 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. Päätökset 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 maan erikoissairaanhoidon valtiollistamisen.

Perusterveydenhuollon uudistuksen päämääräksi määriteltiin lääkäripalvelujen parempi ja tasaisempi laatu, saatavuus ja jatkuvuus sekä potilaan valinnanvapauden lisääminen ja aseman vahvistaminen. Maan lääkä-

riresurssien 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 ”tytär-yhtiöitä” (Lokale Helseforetak), joihin kuhunkin 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 ohjausdokumenteihin sekä hallitusvaikuttajien 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 alu-

eelliset erot entisten 19 läänin välillä pieneivät 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 asukaankaan välillä. Lisäksi palveluiden järjestäjänä toimii Gotlannin kunta (asukasmäärä 57 000). Kukin maakäräjä- tai aluehallinto vastaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä suun terveydenhoito mukaan lukien. Kuntien vastuulla ovat muun muassa kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoito sekä sosiaalitoimi kokonaisuudessaan. Kunnat järjestävät vanhustenhuollon 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 päätehtävänä on vastata aluensa 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 lääkekeskustannusten korvauksiin. Viime vuosina valtionosuuksista kasvava osa on määritelty suoriteperusteiseksi, mikä heijastelee valtion lisääntyntä tarvetta ohjata hajautettua järjestelmää kohti tasaisempaa laatua ja saatavuutta.

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 liitetyt 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 tilaaja-tuottajamallien soveltamisesta etenkin erikoissairaanhoidossa. Tämän seurauksena myös palveluiden tuotteistaminen ja erilaisille periaatteille rakennettujen korvausmenetelyjen kehittäminen ovat varsin pitkällä. Monet maakäräjistä ovat täysin eriyttäneet tilaaja- ja tuottajatoiminnot toisistaan. Tilaajan 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 valikointia pyritään laajentamaan yhä useammille hoidon alueille. Hoitoa tarjoavien tahojen hyväksymismenettely (auktorisointi) perustui aluksi suhteellisen yksinkertaisiin kriteereihin, mutta etenkin laatuvaatimuksia on jatkuvasti tarkennettu.

Ruotsin terveystalouden keskiössä on viime vuosina ollut vuoden 2010 alusta lakisääteisesti voimaan tullut perusterveydenhuollon valinnanvapaisuudistus. 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 erikoissairaanhoitossa ja sosiaalipalveluissa, mutta näissä menettely ei ole pakollista.

Palveluiden integraation ongelmat

Jokaisella pohjoismaisella rahoitus- ja järjestämismallilla on omat integraatio-ongelmansa – joko erikoissairaanhoitoon ja perusterveydenhuollon tai perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välillä. Erityisesti monisairaat vanhukset sekä mielenterveyspotilaat ja päihdeongelmaiset ovat ryhmiä, 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 erikoissairaanhoitoon eriytyminen kaksitahoisen rahoitus- ja järjestämisvastuun seurauksena. Tilanteen korjaamiseksi Norjassa tuli vuoden 2012 alusta voimaan laaja lainsäädäntöpohjainen uudistus, yhteistoimintareformi (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 erikoissairaanhoitoon suuntaan. Yhteistoiminnan pohjaksi kuntien ja alueellisten toimijoiden tuli tehdä erityiset yhteistyösopimukset. Kunnille annettiin uudistuksessa myös valtion lisärahoitusta ja samalla osarahoitusvastuu erikoissairaanhoitoon käytöstä. Uudistuksen varhaiset seurantatulokset olivat lupaavia. Vaikka sai-

raalista kotiutuksen viivästysmaksujärjestelmä valmistui myöhässä, kotiutusta odottavien potilaiden määrä laski puolessa vuodessa lähes puoleen. Uudistusta seurataan nyt Norjan Tiedeneuvoston tutkimusohjelmassa.

Tanskassa vanhusten palveluiden järjestämiseen on pitkään kiinnitetty huomiota. Vastuujärjestäjänä toimii paikallistaso eli kunnat. Kunnat määrittelevät vanhusten palvelujen tarpeen yksilöllisesti. Vanhustenhoitoon laatu on pyritty parantamaan ja korostettu hoidon yksilöllisen tarpeen arviointia. Keskeisenä tavoitteena on myös sairaanhoidon ja kotihoitoon 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 edistämiseksi, kuntoutuksessa ja vanhustenhoitossa. Toiminnan ehdoista ja korvauksista on jouduttu pitkään etsimään yksimielisyyttä.

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän mahdollinen vahvuus on siinä, että sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoitoon 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 erilaisinkorvamerkityillä valtionavuin (”stimulanspengar”). Valtio on osoittanut kohdennettuja varoja hoitonojen 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 laaturakisterien 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 Sosiaalhallitus 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 välisten välillä ja kohdistavan resursseja optimaalisemmin. Jatkossa myös osan muusta erikoissairaanhoidosta arvellaan seuraavan perässä.

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

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollossa toimii monia eri viranomaisia, joiden välinen työnjako ei aina ole selkeä (esim. Sosiaalihallituksen, Lääkeviraston ja SBU:n teknologian arvioinnit ja hoitosuositukset). Lisäksi yhdellä ja samalla taholla (esimerkiksi Sosiaalihallitus), 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 sosiaalihallituksen muusta toiminnas-

ta omaksi laitoksekseen (Inspektionen för vård och omsorg, IVO).

Myös Tanskassa seuranta-, arviointi- ja raportointijärjestelmien kehittäminen on nähty tarpeelliseksi kansallisen kehittämisen ja ohjauksen näkökulmasta. Vastuu terveystalujen seurannasta on Tanskassa jakaantunut terveydenhuollon eri tasojen välille. Kansallisella tasolla terveyshallitus (Sundhedsstyrelsen) 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 tarkoitetussa verkkopalvelussa (Sundhedskvalitet). Terveydenhuollon laatu- ja akkreditointi-instituutti IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) on vastuussa Tanskan terveydenhuollon laatu- ja järjestelmistä (Den Danske Kvalitesmodel) ja määrittelee laatu- ja -standardeja ja -standardien pohjaksi.

Terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden kansallista seuranta- ja ohjausta on kehitetty myös Norjassa. Kansallinen laaturekisteritoiminta ei ole yhtä pitkä 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 Kunnskapsenter for Helsetjenesten) kautta. Keskus vaikuttaa erityisesti terveydenhuollon ammattihenkilöstölle suunnatun tiedon välityksellä.

Voidaankin 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 osioiminen rahoitusvastuun siirtämiseksi järjestelmän osalta toiselle aiheuttaa palvelujen pirstaloitumista ja kokonaisvastuun hämäryyttä. Esimerkiksi työkyvyttömyyden kustannukset ennen hoitoa ja sen jälkeen kohdentuvat eri taholle kuin hoidon kustannukset. Suomessa on myös kuntia laajempia maantieteellisiä alueita, joiden on vaikea saada palvelujaan rahoitettua ja järjestettyä.

Pirstaleinen organisaatiokenttä vaikeuttaa johtamista. Pääsääntöisesti puitetyyppiseen normiohjaukseen ja korvamerkitsemättömään 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. 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 osalta on ollut pitkään sekava ja käytännössä kunta- ja palvelurakennemuutostusta sääntelevä Paras-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 kapea-alaista. Puitelain muutoksella (268/2010) selkiytettiin sosiaalihuollon tehtävien asemaa uudistuksessa velvoittamalla kunnat järjestämään palvelut väestöpohjavoittein täyttävillä 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. Lisäksi kunnilla on ollut käytettävissään etupäässä oman sairaanhoitopiirin palvelutarjonta, mikä myös on estänyt halua uudistaa palvelurakenteita. Paras-puitelaki on osaltaan tukenut myös uusien varsin keinotekoisien ja hajanaisten, usein sairaanhoitopiirivetoisten ratkaisujen syntymistä, joissa sosiaalihuolto on usein

varsin rajattuna yhteistyökumppanina mukana. Puitelailta luotavat palvelujen järjestäjät ovat lisäksi edelleen varsin pieniä. Lisäksi Paras-hanke jättää puitelaisissa 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 kiireettömässä 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 järjestelmäkeskeisesti 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 31,2 prosenttia vuonna 2012. Vastaavasti terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen vuonna 2012 oli 9,1 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 terveysterveystoimet toimivat varsin hyvin. (Kansalaisbarometri 2009). Perheneuvoloissa ja työhallinnon ja kuntien työvoiman palvelukeskuksissa asiakkaat arvostavat palveluiden saamista yhdestä toimipisteestä siksi, että asiointi on helppoa. Terveysterveystoimien 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.

Palvelurakennemuutosten taustana on muun ohella 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 sekä päihde- ja mielen-terveyspalvelut 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.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2013 Kuntajohdon kyselyn mukaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot on kunnissa nimetty vaihtelevasti ja käytännöt ovat moninaisia. Joka toisessa vastanneista kunnista kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin seurannasta ja raportoinnista vastasi sosiaali- ja terveystoimi tai hyvinvointiryhmä. Keskushallinnon tehtävänä se oli 9 prosentissa kunnista. Sairaanhoidopiiriin tai yhteistoiminta-alueen tehtäväksi seuranta oli määritelty 15 prosentissa kunnista. Kunnista 9 prosenttia ei ollut määritellyt seurantavastuuta lainkaan.

Yleisin yhteistyömuoto kuntien ja yhteistoiminta-alueiden välillä oli yhteiset palaverit. Yhteisistä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteista oli sovittu 75 prosentissa ja koordinoinnista 79 prosentissa kunnista. Sisällöllisesti väestön terveyden ja hyvinvoinnin seurannassa on vaihtelua. Erityisen heikosti toteutuu väestöryhmien välisten terveyserojen seuranta ja raportointi.

Kuntien johtoryhmissä seurattiin yleisimmin kuntalaisten elinoloja, kuten toimeentuloa, koulutusta ja työllisyyttä, sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä. Yli puolessa vastanneista kunnista johtoryhmä seurasi elinympäristön terveellisyttä, kuntalaisten sairastavuutta ja elintapoja. Harvimminkin seurattiin kuntalaisten elämän hallintaa sekä väestöryhmien välisiä terveyseroja.

Valtuustolle on vuoden 2012 aikana raportoitu yleisimmin kunnan palveluissa toteutettavia toimenpiteitä sekä kuntalaisten elinoloja. Noin puolessa vastanneista kunnista valtuustolle raportoitiin kuntalaisten sairastavuudesta, elintavoista sekä elinympäristön terveellisyydestä. Vain noin kolmannes kunnista raportoi valtuustolle kuntalaisten elämän hallinnasta sekä väestöryhmien välisistä terveyseroista.

Rahoitus

Kansantalouden heikot kasvunäkymät ja valtiontalouden sopeutustoimet 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 terveyssektoril-

la. Palveluiden kustannukset ovat kasvaneet. Kuntatalouden velkaantuminen jatkunee 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 käynnistämisessä 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 sairaanhoidopiirejä toimivat perusterveydenhuollon tai yleislääketieteen yksi-

köt, ammattikorkeakoulut, Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksen koordinoima Akateeminen terveyskeskus -verkosto, suurimpien kaupunkien omat kehittämissyksiköt 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 varsin 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 palvelurakennemuutoksen 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 osuneeksi, ja toimeenpanon ja organisoinnin perusrakenteet tukevat eri hallintotasojen ja alueellisten toimijoiden välistä yhteistyötä. Kaste-ohjelma on luonut täysin uudenlaisia kehittämissuunnitelmia ja yhteistyöverkostoja ja vuorovaikutusta 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. Aluejohto-

ryhmistä 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.

Monilähteyksinen 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.

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt hallitusohjelman mukaisesti selvitystyön koko sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden yliopistotasosta, pääsääntöisesti tutkintojen jälkeisten koulutusten korvaamisesta. Tämän lisäksi selvitetään EVO-rahoituksen asema sosiaalisektorin yliopisto-

tasaisen tutkimuksen kehittämisessä. Yliopistotasaisen 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 palvelut järjestetään niitä tarvitsevia varten. Pääministeri Alexander Stubbin 24.6.2014 hallitusohjelman mukaisesti hallitus on sitoutunut pääministeri Kataisen hallituksen yhdessä oppositiopuolueiden kanssa tekemään linjauksen, jonka mukaisesti suomalaisten keskeiset hyvinvointipalvelut turvataan toteuttamalla perusteellinen sosiaali- ja terveyspalveluudistus. Kansallisella ja sosiaali- ja terveysalueiden ohjauksella varmistetaan, että uudistukselle asetettu tavoite kestävyysvajeen supistamisesta saavutetaan.

Edellä todettuun perustuen tavoitteena on palvelujen järjestäminen ja tuottaminen asiakaslähtöisesti yhdenvertaisella laadukkaalla tavalla. Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen tulisi olla toteutettu lisäksi siten, että se olisi kustannusvaikuttava. Tämä vaatimus korostui erityisesti hallituksen 29.8.2013 antaman rakennepoliittisen ohjelman myötä. Ohjelmalla pyritään poistamaan Suomen julkisen talouden kestävyysvaje ja siten turvaamaan julkisten palvelujen ja etuuksien rahoitus. Nyt ehdotettavan uudistuksen tavoitteena on siten parantaa väestön yhdenvertaista pääsyä oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin, vahvistaa palvelu- ja hoitopolkujen toimivuutta, vähentää tarpeetonta päällekkäisyyttä, mahdollistaa uudenlaisten toimintatapojen ja innovaatioiden käyttöönotto sekä purkaa hallinnonalojen välisiä raja-aitoja. Samalla turvataan kunta- ja laisten oikeus lähipalveluihin.

Palvelurakennemuutoksen valmisteluun liittyvissä selvityksissä tärkeimpinä korjauskeinoina palvelujen riittämättömyyteen, eriarvoisuusongelmiin järjestelmän sekä kustannusvaikuttavuuden parantamiseen on ollut

pirstaleisen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuun integroiminen mahdollisimman laajasti samaan kokonaisuuteen sekä peruspalvelujen että erikoistason palvelujen osalta. Tämä edellyttää järjestämisvastuussa olevien toimijoiden kantokyvyn merkittävää vahvistamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen perustuu jatkossakin 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. Pirstaleisesta kuntarakenteesta johtuen sosiaali- ja terveydenhuolto tulee järjestää kuntien yhteistoimintana. Kuntien yhteistoiminta mahdollistaa 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 kustannusvaikuttavalla tavalla siten, ettei synny asiakkaan kannalta ongelmallisia palveluvajeita.

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 ja talousarvioon on saattanut johtaa kuntayhtymissä toimivan erikoissairaanhoidon vahvempaan resursointiin ja perusterveyden-

huollon ja sosiaalihuollon heikompaan resurssointiin. Uudistuksen eräs keskeinen tavoite onkin peruspalvelujen vahvistaminen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kokoaminen laajasti samaan vastuorganisaatioon saman johdon ja yhteisen budjetoinnin alle ohjaa rakennatarkoituksenaan siihen, että vastuunkantajalla on vahva peruste kehittää palvelukokonaisuuden kaikkia osia sekä toiminnallisesti että resurssoinnin osalta tasapuolisesti.

Integroidun palvelurakenteen tavoitteena on lisäksi mahdollistaa käytössä olevien voimavarojen vaikuttava ja kustannustehokas hyödyntäminen. Julkisen talouden kestävyysvaje edellyttää, että olemassa olevat voimavarat ovat täysimääräisesti käytössä ja ne saadaan jaetuksi mahdollisimman tasapuolisesti maan eri osiin. Määrittelemällä palvelujen järjestämistä vastaavien nykyisten suuremmille alueille, voidaan ne suunnitella ja toteuttaa tavalla, joka ottaa huomioon sekä haja-asutusalueiden että taajamien ja keskusten tarpeet. Esimerkiksi väestön ikääntyminen ja maan sisäinen muuttoliike vaikuttavat eri tavoin palvelutarpeeseen. Järjestämällä palvelut nykyistä laajemmalla väestöpohjalla, voidaan myös tasapainottaa näitä palvelutarpeeseen vaikuttavia erisuuntaisia kehityssuuntia.

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.

Uudistuksen yhteydessä on huomattava, että rakenteelliset uudistukset luovat vasta edellytykset toiminnan tasapuoliselle kehittämiselle koko maassa. Se ei ratkaise kaikkia palvelujen toteutukseen liittyviä ongelmia. Rakennemuutoksen jatkoksi tarvitaan toiminnallista kehittämistä, jotta ihmisten tarvitsemat palvelut voidaan jatkossa turvata laadukkaasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön tulee olla sellaista, ettei se ohjaa epätarkoituksenmukaisesti palvelujen järjestämistä ja käyttöä, esimerkiksi maksusääntelyn osalta.

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. Eri-tyisistä palveluista vastaisi tällöinkin viisi erityisvastuualuetta. Kolmannessa mallissa olisi alle 20 kuntaa. Tällöin ne vastaisivat kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollosa. 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 raporteja ja muistioita 2013:7), että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu tulisi siirtää kunnilta sosiaali- ja terveydenhuollon alueille. Samalla sairaanhoitopiirien ja kehitysvammahuollon erityishuoltopiirien kuntayhtymät purettaisiin ja toiminta organisoitaisiin uudelleen. Suomeen muodostettaisiin ehdotuksen perusteella 34 sosiaali- ja terveysaluetta tai kuntaa, jotka vastaisivat lähes kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen 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 perusratkaisuksi 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 oli järjestämisvastuun kokoaminen kattavasti sosiaali- ja terveysalueelle. Sosiaali- ja terveysalueella järjestämisvastuu olisi toteutettu pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Vastuukunnalla olisi ollut mallissa järjestämisvastuu alueeseen kuuluvien kuntien kaikista kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Poikkeuksena tästä pääperiaatteesta olisi ollut vähintään noin 20 000–50 000 asukkaan kunnilla oleva oikeus järjestää perustason palvelut. Linjauksen mukaan Metropolialueella lähtökohtana olisi ollut yleissäännön mukaisesti sosiaali- ja terveysalueen muodostaminen siten, että vastuukuntana on vähintään noin 50 000 asukkaan kunta.

Lisäksi koordinaatioryhmän linjausten mukaan olisi ollut viisi sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta, joilla olisi sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon tehtäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueet olisivat olleet oikeushenkilöitä, joilla on lakiin perustuva oikeus ja velvollisuus sitovaan päätöksentekoon toimivaltaansa kuuluvissa asioissa. Erityisvastuualueella ei kuitenkaan olisi ollut palveluiden järjestämisvastuuta. Erityisvastuualueiden keskeiset tehtävät olisivat olleet 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.

Lausuntopalautteessa tätä vaihtoehtoa pidettiin pääsääntöisesti hyväksyttävänä, mutta esitettiin epäilyjä siitä, saavutetaanko mallilla uudistukselle asetetut tavoitteet. Hieman alle

puolet lausujista oli sitä mieltä, että kaikkien sosiaali- ja terveystalvelujen tulisi kuulua vain sote-alueen järjestämivastuulle, eikä perustason alueita tulisi muodostaa, jotta uudistuksen integraatiotavoitteet toteutuisivat. Lisäksi vastuukuntamallia pidettiin epäselvänä. Yli 80 prosenttia kaikista lausujista otti kantaa, että sote-alueen hallinnosta kuntayhtymämallilla tulisi voida sopia esitettyä vapaammin. Esitettyä erityisvastuualueiden hallintomallia pidettiin liian raskaana. Erityisesti pienet kunnat toivoivat, että lähipalvelujen käsitteen sisällöstä säädettäisiin uudistuksen yhteydessä.

Eduskuntapuolueet pääsivät sopimukseen sosiaali- ja terveystalvelujen uudistuksen linjauksista 23 päivänä maaliskuuta 2014. Uudistuksen jatkovalmistelua varten asetettiin parlamentaarinen ohjausryhmä, jonka tukena toimi asiantuntijaryhmä. Parlamentaarinen ohjausryhmä valmisteli esityksen laiksi sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä. Uudessa mallissa on erotettu palvelujen järjestäminen ja niiden tuottaminen toisistaan. Järjestämivastuu tulee olemaan viidellä sosiaali- ja terveystalveella. Sosiaali- ja terveystalveen kuntayhtymä vastaa siitä, että sen alueella asukkaat ja muut palveluihin oikeutetut saavat tarvitsemansa palvelut. Lähtökohtana on lähipalvelujen turvaaminen. Sosiaali- ja terveystalveen tulee laatia järjestämispäätös joka neljäs vuosi. Järjestämispäätöksessä määritellään tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät sekä niiden tehtävät, rahoituksen ja voimavarojen kohdentaminen, palvelurakenne ja periaatteet muualta hankittaville palveluille (ostopalveluille), sosiaali- ja terveystalvelujen laatu- ja palvelutaso, yhtenäiset käytännöt ja kielellisten oikeuksien toteuttaminen. Järjestämispäätöksissä otetaan huomioon asukkaiden näkemykset palveluista. Palvelujen tuottamisvastuu on kuntayhtymällä. Tuottamisvastuun edellytykset määritellään laissa. Tuottamisvastuullisella tulee olla kyky vastata ehkäisevistä, korjaavista, hoitavista, kuntouttavista ja muista sosiaali- ja terveystalveluista yhtenäisenä kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveystalve tekee päätöksen siitä, mitkä kuntayhtymät ovat tuottamisvastuussa. Ne voivat järjestämispäätöksen mukaisesti edelleen tuottaa palveluja itse tai hankkia palveluja myös muutoin, kuten

järjestöiltä, yrityksiltä ja palveluseteliä käyttämällä. Lisäksi valtion ohjausta vahvistetaan. Sosiaali- ja terveystalveeseen perustetaan ohjausyksikkö. Ministeriön ja sote-alueen välille luodaan neuvottelumenettely, jossa sovitaan palvelujen toteutuksesta ja seurannasta. Tulosohjausneuvottelu sote-alueen ja tuottamisvastuun tahon välillä käydään vuosittain.

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

Sosiaali- ja terveystalveeseen työryhmät ovat esittäneet, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämivastuun pitäisi olla nykyistä harvemmillä tahoilla. Nykymallissa järjestämivastuussa 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 terveystalveeseen palvelurakenneryhmän ja sen työhön pohjautuneen selvityshenkilöryhmän ehdotus tai koordinaatioryhmän ehdotus, jonka mukaan järjestämivastuu olisi pääsääntöisesti maakuntien keskuskaupunkeihin ja yli 50 000 asukkaan kuntiin pohjautuvilla sosiaali- ja terveystalveilla sekä osaksi perustason alueilla taikka jokin kolmas eri valmisteluvaihtoehto yhdistävä malli. Tällainen kolmas malli on eduskuntapuolueiden puheenjohtajien 23.3.2014 tekemään sopimukseen perustuva malli. Sopimuksen mukainen malli on jatkovalmisteltu parlamentaarisessa ohjausryhmässä. Mallissa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen on erotettu toisistaan. Järjestämisestä vastaavat viisi so-

siaali- ja terveysaluetta ja palvelujen tuottamisvastuu on kuntayhtymillä. Tässä mallissa etuna ovat järjestämistä selkeyttäminen keskittämällä se viidelle sosiaali- ja terveysalueelle ja ohjausjärjestelmän luominen, jolla toteutetaan vahvempi valtion ohjaus verrattuna nykyiseen pirstaleiseen järjestelmään.

Arviointia suhteessa muihin vaihtoehtoihin ratkaisumalleihin

Yhtenä vaihtoehtoisena ratkaisumallina ehdotetulle mallille voisi olla yksitasoinen kuntayhtymä. Sen voitaisiin lähtökohtaisesti katsoa sellaisenaan olevan hallinnollisesti selkeämpi ja tehokkaampi kuin kaksitasoinen kuntayhtymämalli. Ehdotetulla kaksitasoisella kuntayhtymämallilla pyritään kuitenkin turvaamaan samanaikaisesti eri tavoitteita. Yhdellä tasolla varmistetaan laajaa alueellista hoito- ja hoivakokonaisuutta edellyttävä vastuutaso, johon olennaisena osana kuuluvat myös yliopistosairaالاتaso ja vastaavasti vaativat sosiaalihuollon palvelut. Toisella tasolla toteutetaan tätä paikallisempia ja suurempivolyymiset palvelukokonaisuudet. Tällöin yksittäisten kuntien vaikutusmahdollisuudet ovat suuremmat, kun merkittävää osaa päätöksentekoa ei siirrettäisi niin suuriin kuntayhtymiin.

Sosiaali- ja terveysalueen merkitys olisi lähinnä ohjaava, jotta tuottamisvastuualueiden palvelutuotannosta saadaan mahdollisimman tasalaatuinen ja kustannustehokas, kuitenkin siten, että alueelliset olosuhteet maan eri osissa kyetään huomioimaan parhaalla mahdollisella tavalla. Vaikka tuottamisvastuu kootaan kuntayhtymiin, jää niiden välille alueellisia eroja palvelutarpeiden sekä palvelujen toteuttamismahdollisuuksien osalta. Sosiaali- ja terveysalueen tehtävänä on huolehtia, että maan eri osissa palvelujen laatu- ja saatavuuserot jäisivät kullakin alueella mahdollisimman vähäisiksi ja palveluverkko toteutetaan perustasosta vaativaan erityistasoon asti taloudellisesti mahdollisimman tehokkaalla tavalla. Jotta sosiaali- ja terveysalue kykenee tämän ohjausroolin toteuttamaan, sille tulee antaa päätösvaltaa strategisen tason päätöksenteossa käytännön toteutukseen liittyvän päätösvallan jäädessä tuottamisvastuualueille.

Suuri osa kunnista hoitaa jo nykyisin perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon sekä kehitysvammaisten erityishuollon tehtävät pakollisessa ylikunnallisessa yhteistoiminnassa. Uuden yhteistoimintajärjestelyn tavoitteena on palvelujen nykyistä tehokkaampi yhteensovittaminen ja päällekkäisyyksien purkaminen sekä parempi kustannusten hallinta ja niin sanotun osaoptimoinnin estäminen eli kustannus- ja palveluvastuun eteenpäin siirtäminen muille vastuutahoille. Ehdotetussa mallissa vastuu koottaisiin nykyisistä lukuisista pirstaleisista kuntayhtymistä sekä osittain yksittäisten kuntien vastuulta kahdelle kuntayhtymätasolle. Siten malli selkeyttäisi nykyistä monelle tasolle hajautettua järjestelmää. Samalla päätöksenteko ulotettaisiin nykyisten erityisvastuutason palvelujen osalta yhtäläisesti kaikille niille kunnille, joiden palveluista on kyse. Nykyisessä järjestelmässä päätöksentekoon osallistuvat vain yliopistosairaalaan ylläpitävien sairaanhoitopiirien jäsenkunnat, vaikka palvelut järjestetään useamman sairaanhoitopiirin kuntien asukkaille.

Jos arvioidaan viiden sosiaali- ja terveysalueen tarvetta suhteessa valtion ohjaukseen, viittä sosiaali- ja terveysaluetta tarvitaan, koska maan eri osissa olosuhteet vaihtelevat merkittävästi. Sekä paikallisten olosuhteiden että paikallisten toimijoiden riittävä tunteminen on edellytys hyvin toimivan järjestelmän toteuttamiselle ja ylläpitämiselle. Viiden sosiaali- ja terveysalueen toiminnan laadun, vaikuttavuuden ja tehokkuuden keskinäinen vertaileminen ("bench marking") ja tiedon ja innovaatioiden siirtäminen sosiaali- ja terveysalueelta toiselle turvaavat sitä, että koko maa hyötyy yksittäisillä alueilla tapahtuvasta kehittämistyöstä.

Toisena vaihtoehtoisena ratkaisuna nyt ehdotetulle rakenteelle voisi olla sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien siirtäminen kokonaan pois kuntien vastuulta perustuslain 121 pykälän 4 momentin tarkoittamalle kunta suuremmalla hallintoalueella tapahtuvalle itsehallintotasolle, jolla olisi välittömällä vaaleilla valittu päätöksentekoelin. Myös rahoitusvastuu voitaisiin irrottaa kuntien vastuulta siten, että itsehallintotasolla olisi verotusvoikeus ja valtionosuudet ohjattaisiin suoraan sille. Erillisellä alueellisella itsehallintotasol-

la olisi mahdollista toteuttaa perustuslain 19 pykälän 3 momentissa tarkoitettujen perusoikeuksien turvaamiseksi tarpeellinen sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio. Välittömällä vaaleilla turvattaisiin kansanvaltaisuuden vaatimuksen toteutuminen.

Nyt ehdotettuun ratkaisumalliin on kuitenkin päädytty, koska on pidetty tärkeänä, että palvelujärjestelmä on edelleen kuntapohjainen, jotta kyetään säilyttämään päätöksenteon yhteys paikallisesti tapahtuvaan muuhun kunnissa tapahtuvaan päätöksentekoon.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevalla päätöksenteolla on kiinteä yhteys kuntaan jääviä muita toimialoja koskevaan päätöksentekoon. Ehdotuksen mukaiseen integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toteutukseen kuuluu samalla huolehtia siitä, että yhteistyö kuntaan jääviin toimintoihin säilyy ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalue antaa kunnan päätöksentekoon tarvittavaa asiantuntemusta liittyen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Sosiaali- ja terveysalueiden ja tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien vastuulla olevien ehkäisevien palvelujen toteutuksen kannalta on tärkeä säilyttää päätöksenteon yhteys kunnan muihin peruspalveluihin, muun muassa varhaiskasvatuksen, koulun, nuoriso- ja vapaa-ajankal palvelujen ja asumiseen liittyvien palvelujen osalta. Esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuus edellyttää sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamista että myös käytännön työtä yhteisissä asiakasprosesseissa muun muassa kuntien kasvatusta- ja koulutuspalvelujen sekä nuoriso-toimen kanssa.

Sillä, kuinka hyvin kunnat edistävät muita sektoreita koskevalla päätöksenteollaan kuntalaistensa hyvinvointia ja terveyttä, on myös suora yhteys sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kokonaiskustannuksiin ja sitä kautta koko kansantalouteen. Mitä parempia päätöksiä kunnat asukkaitensa hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyen tekisivät esimerkiksi sivistystoimen, liikenteen, asumisen ja maankäytön osalta, vaikuttaa se sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kehitykseen. Kun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä säilytetään edelleen kuntapohjaisena, voidaan kunnan maksuosuuteen

kytkeä hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyviä kannusteita. Esitetyssä lakiluonnoksessa nämä kannusteet liittyvät erityisesti valtionosuusjärjestelmässä käytettyyn sairastavuustekijään, jolla kunnan maksuosuutta painotetaan. Jatkossa, kun sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää uudistetaan, voidaan hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyvää kannustavuutta edelleen kehittää vielä nykyistä kannustavammaksi.

Erillisen alueellisen itsehallintotason on lisäksi arvioitu muodostuvan kansantalouden kannalta kalliiksi ratkaisuksi. Jos sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettaisiin alueellinen itsehallinto, sen myötä syntyisi uudenlainen kolmiportainen hallintojärjestelmä, valtio, maakunta, kunta. Sellaisen kansantaloudellisten vaikutusten on arvioitu muodostuvan ongelmallisiksi, koska valtion verotuksen lisäksi olisi kaksi toistensa kanssa kilpailevaa itenäistä alueellisen verotuksen tasoa.

3.3 Keskeiset ehdotukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen säilytettäisiin edelleen kuntapohjaisena. Palvelujen järjestämiseen tarvittavan riittävän kantokyvyn turvaamiseksi ehdotetaan perustettavaksi viisi sosiaali- ja terveysaluetta, jotka olisivat kuntayhtymiä. Ne perustuisivat lähtökohtaisesti nykyisille erityisvastuualueiden aluerajoille. Kullakin viidellä sosiaali- ja terveysalueella voidaan turvata riittävä osaaminen sekä taloudellinen kantokyky huolehtia mahdollisimman laajan integraation avulla yhdenvertaisista palvelujen saatavuudesta sekä kustannusvaikuttavan palvelurakenteen toteutuksesta ja lähipalvelujen turvaamisesta.

Sosiaali- ja terveysalueen velvollisuutena olisi järjestää palvelut yhdenvertaisin perustein koko alueensa väestölle. Näin kullakin viidellä sosiaali- ja terveysalueella tasattaisiin alueellisia sekä väestöryhmien välisiä eroja palvelujen saatavuudessa. Sosiaali- ja terveysalueen tulisi huolehtia, että sen alueella olevat henkilöstövoimavarat ja taloudelliset voimavarat kohdennetaan mahdollisimman tasaisesti huomioiden koko alueen väestön palvelutarpeet. Keskenään varsin vertailukelpoisilla sosiaali- ja terveysalueilla on

mahdollista toteuttaa alueiden välistä vertaillua ja positiivista kilpailua siitä, kuinka palvelut järjestetään ja tuotetaan mahdollisimman yhdenvertaisesti, laadukkaasti sekä kustannusvaikuttavasti. Muun muassa tästä johdun sosiaali- ja terveysalueita ehdotetaan muodostettavaksi viisi.

Sosiaali- ja terveysalueella olisi vastuu huolehtia myös asianmukaisesta palvelujen saavutettavuudesta. Vaikka palvelujen etäisyyksissä tulee maan eri osien erilaiset olosuhteet ja väestötiheys huomioiden olemaan aina eroja, on riittävän kantokykyisillä sosiaali- ja terveysalueilla mahdollisuudet turvata lähipalveluja uudentilaisilla keinoilla, kuten esimerkiksi liikkuvilla ja sähköisillä palveluilla. Laajoihin sosiaali- ja terveysalueisiin perustuvan palvelurakenteen avulla on lisäksi mahdollisuus tasata henkilöstöresursseja siten, että koko maan palvelutarve katettua mahdollisimman tasapuolisesti.

Palvelujen järjestäminen ja tuottaminen ehdotetaan erotettavaksi toisistaan siten, että sosiaali- ja terveysalue ei lähtökohtaisesti itse tuottaisi palveluja, vaan tuottamisvastuu palveluista olisi alueen kuntayhtymillä. Näin päätösvaltaa palvelutuotannon käytännön toteutuksesta säilyisi sosiaali- ja terveysaluetta pienemmillä kuntapohjaisilla kokonaisuuksilla ja siten lähempänä paikallistasoa. Paikallistasolla tunnetaan parhaiten alueelliset erityisolosuhteet, jolloin ne kyetään ottamaan huomioon erityisesti palvelutuotannon käytännön toteutuksessa. Tuottamisvastuun erottaminen järjestämisvastuusta muuttaa voimassa olevaa järjestämisvastuun sisältöä olennaisella tavalla. Tästä syystä esityksessä olisi ehdotuksen mukainen järjestämisvastuun määrittelmä. Lisäksi tuottamisvastuu määriteltäisiin erikseen.

Koska sosiaali- ja terveysalueilla ei olisi omaa palvelutuotantoa, tulee tuottamisvastuun kantajalla olla riittävä kantokyky integroidun palvelukokonaisuuden tuottamisesta vastaamiseen. Siksi ehdotus sisältää kriteerit tuottamisvastuun omaavalle toimijalle. Tuottamisvastuullisella tulee olla kyky vastata ehkäisevistä, korjaavista, hoitavista, kuntouttavista ja muista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista yhtenäisenä kokonaisuutena. Nämä tehtävät edellyttävät tehtäväkokonaisuuden vaatimaa osaamista eli omaa henki-

löstöä sekä muita voimavaroja. Ne voivat tuottaa palveluja itse tai hankkia palveluja myös muualta, kuten järjestöiltä ja yrityksiltä, sekä käyttää palveluseteliä.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestämistä koskeviin säännöksiin ei tässä yhteydessä ehdoteta tehtäväksi muutoksia.

Sosiaali- ja terveysalueen oma tuotanto ehdotetaan rajattavaksi vain tukipalveluihin sekä poikkeustapauksessa sellaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin, joita alueella ei ole ollut muutoin mahdollista toteuttaa.

Koska sosiaali- ja terveysalueella ei lähtökohtaisesti saisi olla omaa palvelutuotantoa, on sille turvattava muilla keinoilla riittävä palvelutuotantoon ulottuva ohjausvalta, jotta se kykenee huolehtimaan järjestämisvastuusta. Ehdotuksen mukaan järjestämisvastuussa oleva sosiaali- ja terveysalue tekee päätöksen siitä, mitkä kuntayhtymät ovat tuottamisvastuussa. Sosiaali- ja terveysalueella ehdotetaan olevan muutoinkin merkittävää päätösvaltaa palvelutuotannon suhteen. Keskeisenä välineenä tämän päätösvaltan toteuttamiseksi on järjestämis päätös, joka olisi tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä sitova asiakirja. Järjestämis päätöksessä tulisi määritellä tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien sekä niiden tehtävien lisäksi muut strategisesti merkittävät järjestämistä koskevat asiat, kuten miten palvelut järjestetään siten, että asiakaslähtöinen integraatio toteutuu, alueella toteutettava palvelujen laatu- ja palvelutaso, miten lähipalvelujen saatavuus varmistetaan sekä keskeiset periaatteet ulkopuolelta hankittaville palveluille.

Järjestämis päätöksen lisäksi toinen merkittävä sosiaali- ja terveysalueen ohjauskeino on rahoituksesta päättäminen. Ehdotuksessa esitetään, että kunnat rahoittavat sosiaali- ja terveysalueiden toiminnan asukaslukuun perustuvalla maksulla, jossa otetaan huomioon tarvetekijät, kuten ikärakenne ja sairastavuus. Kuntien rahoitusvastuun suuruus määräytyy siten sosiaali- ja terveysalueen talousarvion ja edellä todettujen laskennallisten tarvetekijöiden perusteella. Sosiaali- ja terveysalue rahoittaa tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien toiminnan jakamalla rahoituksen alueella yhtenäisin perustein ottaen huomioon palvelujen tarpeen sekä palvelutuotan-

non vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden. Sosiaali- ja terveysalueella on näin ollen mahdollisuus ohjata rahoitusta niille toimijoille, jotka kykenevät toteuttamaan palvelutuotannon mahdollisimman vaikuttavasti ja kokonaistaloudellisesti tehokkaalla tavalla. Se voi myös muuttaa palvelun tuottamisvastuun toteuttajia, jos ne eivät toimi riittävän tehokkaasti. Rahoituksen ja voimavarojen kohdentamisen jakautuminen tuottamisvastuussa olevien kesken on myös ilmeittävä järjestämisspätöksestä. Sosiaali- ja terveysalue kävisi lisäksi tulosohjausneuvottelut vuosittain tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos on yksi keskeisistä keinoista poistaa julkisen talouden kestävyysvaje. Erittäin tästä syystä valtion ohjausta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen ehdotetaan vahvistettavaksi. Valtion ohjausvaltaa ehdotetaan vahvistettavaksi muun muassa siten, että järjestämisspätöstä laadittaessa sosiaali- ja terveysalueen tulee ottaa huomioon sosiaali- ja terveysministeriön kanta siihen. Tämän menettelyn kautta pyritään varmistamaan valtakunnallisesti mahdollisimman tarkoituksenmukainen ja kustannustehokas palvelujärjestelmä. Kansallisella ohjauksen kautta pyritään purkamaan tehottomuutta ja tarpeettomia kustannuksia aiheuttavia epä-tarkoituksenmukaisia päällekkäisyyksiä. Ministeriö kävisi kunkin sosiaali- ja terveysalueen kanssa vuosittaiset neuvottelut, joissa järjestämisspätökset käsitellään.

Sosiaali- ja terveysministeriö osoittaisi omassa toiminnassaan tarvittavat voimavarat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeseen ja palvelujen järjestämiseen liittyvään yleiseen ohjaukseen, järjestämisspätösten käsittelyyn sekä palvelujen järjestämiseen ja tuottamisvastuun toteutukseen liittyvään jatkuvaan seurantaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimii ohjausyksikön tukena kansallisena asiantuntijaviranomaisena.

Esitys on tarkoitus toteuttaa siten, että laki tulisi voimaan asteittain vuosien 2015 ja 2017 välillä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden on tarkoitus käynnistää toimintansa vuoden 2016 alusta ja tuottamisvastuullisten kuntayhtymien vuoden 2017 alusta. Siirty-

mävaiheen toteutuksesta säädetään erillisellä voimaantulolailla.

Määräaikainen verovapaus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa

Varainsiirtoverolakia ehdotetaan muutettavaksi siten, että varainsiirtoveroa ei olisi erään edellytyksin suoritettava kunnan, kuntayhtymän tai niiden omistaman kiinteistöosakeyhtiön luovuttaessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavassa laissa tarkoitettujen velvoitteiden toteuttamiseksi sosiaali- ja terveyspalvelutuotannossa käytettävän kiinteistön tai kiinteistöosakkeita kunnan tai kuntayhtymän omistamalle osakeyhtiölle sen osakkeita vastaan. Toimitilojen omistusjärjestelyjen määräaikaisesta verovapaudesta säädetäisiin erikseen varainsiirtoverolakiin otettavalla uudella verovapaus-säännöksellä. Säännös vastaisi nykyistä varainsiirtoverolain 43 b §:ää, jossa säädetään määräaikaisesta verovapaudesta kuntien rakennejärjestelyissä. Nyt ehdotettu säännös liittyisi sosiaali- ja terveysalueiden tarkoituksenmukaiseen toteuttamiseen. Lakiehdotuksen mukaan uudet alueet aloittavat toimintansa vuoden 2017 alussa.

Verovapaus olisi määräaikainen ja koskisi vuosina 2015–2018 tapahtuneita luovutuksia. Määräaikaisen verovapauden soveltamisajan tulisi olla riittävän pitkä, jotta tarvittavat omistus- ja rakennejärjestelyt ehdittäisiin toteuttaa. Voidaan arvioida, että tarvittavat omaisuusjärjestelyt ehdittäisiin toteuttaa vuoden 2018 loppuun mennessä.

Verovapaus edellyttäisi, että toimitila on ollut pääasiallisesti ja välittömästi pykälässä lueteltujen kunnan toimintojen käytössä ja että tila luovutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön.

Huojennuksen yhtenä edellytyksenä olisi, että luovutus tapahtuu vastaanottavan yhtiön osaketta vastaan, eli niin sanottuna apporttuluovutuksena. Huojennus koskisi vain kuntamisteisen kiinteistövarallisuuden yhtiöittämistä, jossa omistusmuoto muutetaan kiinteistöosakeyhtiön kautta tapahtuvaksi välilliseksi omistamiseksi. Jos kiinteistövarallisuutta luovutetaan rahavastiketta vastaan, kyse on omaisuuden realisoinnista, eikä huojennus koskisi näitä tilanteita. Jos yhtiöittämisessä

vastikkeena suoritetaan vastaanottavan yhtiön osakkeiden ohessa rahaa tai muuta vastiketta, varainsiirtoveroa olisi suoritettava vain tämän muun vastikkeen osalta.

4 Esityksen vaikutukset

4.1 Yleistä

Esityksessä ehdotetaan uudistettavaksi kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnolliset rakenteet. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon lakisääteiset julkiset tehtävät on ehdotuksen mukaan järjestettävä ylikunnallisena yhteistyönä. Nyt niiden järjestämisestä vastaavat pääosin yksittäiset kunnat ja osin lakisääteiset kuntayhtymät. Siten uudistuksen välittömät vaikutukset kohdistuvat kuntien ja kuntayhtymien hallintoon ja niiden hallinnollisiin rakenteisiin.

Hallinnolliset muutokset ovat kuitenkin vain keino uudistuksen päätavoitteiden toteuttamiseksi. Keskeisiä lakiesityksen tavoitteita on edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä, edistää sosiaali- ja terveydenhuollon laatua ja varmistaa asiakkaan ja potilaan oikeus hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä luoda edellytykset sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävälle ja yhdenvertaiselle saatavuudelle koko maassa. Näin varmistetaan toimiva ja eheä sekä vaikuttava ja kustannustehokas sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne. Uudistus toteuttaa myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon integraatio sekä vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja alueellisesti ja valtakunnallisesti.

Tavoitteena on turvata yhdenvertaiset sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelut kaikille Suomessa asuville. Tämän tavoitteen saavuttamiseen vaikuttavat nyt muun muassa väestön ikääntyminen ja siitä johtuva palvelutarpeen kasvu sekä julkisen talouden kestävyysvaje. Sen vuoksi jatkossa on kiinnitettävä nykyistä enemmän huomiota palvelujen tarpeen mukaiseen kohdentumiseen, vaikuttavuuteen ja kustannustehokkaaseen tuottamiseen.

Uudistuksen vaikutukset talouteen, hallintoon sekä väestön asemaan ja palveluihin riippuvat olennaisesti siitä, miten ehdotuksen mukaiset sosiaali- ja terveysalueet sekä tuot-

tamisvastuussa olevat kuntayhtymät toteuttavat niiden järjestämis- ja tuottamisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon. Varmaa tietoa ehdotuksen mukaisen uudistuksen vaikutuksista ei voida esittää. Vaikutuksia voidaan kuitenkin osittain arvioida niiden kokemusten perusteella, joita on saatu aiemmin toteutetuista ylikunnallisista järjestelyistä. Esimerkkeinä voidaan käyttää erityisesti Kainuun hallintokokeilua, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimintaa (Eksote) sekä Paras-hankkeen mukaisia yhteistoiminta-alueita. Niissä kaikissa on koottu palvelujen järjestäminen aikaisempaan laajemmaksi ylikunnalliseksi toiminnaksi. Kainuun hallintokokeilussa ja Eksotessa on lisäksi toteutunut pitkälti sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio.

4.2 Taloudelliset vaikutukset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä vastuun keskittämisestä viidelle sosiaali- ja terveysalueelle ei ole aiempaa kokemusta Suomesta, eikä koko sosiaali- ja terveydenhuollon kattavasta järjestämistä vastuusta myöskään muista maista. Lakiesityksen taloudellisten vaikutusten arviointi yksiselitteisesti ja luotettavasti ei ole mahdollista, koska tutkimus- ja seurantatietoa vastaavista suurista järjestelmämuutostuksista on niukalti.

Järjestämislain toimeenpano ei automaattisesti alenna kustannuksia. Kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset olivat vuonna 2013 ilman lasten päivähoiton menoja 16,1 miljardia euroa ja reaalisesti ne ovat nousseet vuosina 2006-2013 keskimäärin 2,1 % vuodessa. Ikääntymisen vuoksi kasvavan palvelutarpeen arvioidaan kasvattavan lähivuosina kustannuksia noin 1,5 prosentin vuosivauhtia. Vaikka taloudellisten vaikutusten tarkka arviointi ei ole mahdollista, laskennallinen potentiaali kustannusten kasvun hillinnässä on huomattava edellyttäen, että uudistuksen ohjaamisessa ja toimeenpanossa tavoitellaan kustannustehokkaita ratkaisuja.

Kaikkiaan uudistuksen tavoitteena on hillitä kustannusten kasvua 850 miljoonaa euroa vuosina 2017–2021. Tavoiteltava kustannusten kasvun hillintä edellyttää koko sosiaali- ja terveysalueen väestön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeiden ymmärtämistä

ja sen mukaista voimavarojen kohdentamista ja pitkä-jänteistä, kyvykästä johtamista. Täysimääräisesti kustannusvaikutusten odotetaan realisoituvan vasta useiden vuosien kulluttua. Kustannusten kasvun hillintää edellyttää myös vahvaa valtion ohjausta, joka toteutetaan perustamalla ministeriöön uusi ohjausyksikkö. Ohjausyksikön resurssitarvearvio on 6 htv:ta, joka edellyttäisi 4 htv:n ja 350 000 euron pysyvää resurssilisäystä sosiaali- ja terveysministeriöön 2016 alkaen.

Tämän lisäksi hallituksen rakennepoliittinen ohjelma sisältää toimenpidekokonaisuuden kuntatalouden tasapainottamiseksi. Rakennepoliittisessa ohjelmassa asetetun tavoitteen saavuttamiseksi ja kuntatalouden tasapainon turvaamiseksi valmistellaan julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hallinnan toteuttava budjettikehysjärjestelmä. Se tukee osaltaan kustannusten hillintää.

Lakiesityksen mukaisten tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien toiminnan taloudellisia vaikutuksia voidaan arvioida suuntaa antavasti samantyyppisten kokeilujen tuloksiin nojautuen. Lakiesityksen ta-voittelemaa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisen ja tuottamisen integraatioon pyrkivää toimintamallia on toteutettu Kai-noon hallintokokeilussa ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksote). On kuitenkin otettava huomioon, että nämä kaksi aluetta eivät edusta koko maata. Uudistuksen toimeenpano koko maan kattavasti voi aiheuttaa myös vaikutuksia, joita ei ole voitu havaita kahden maakunnan alueella toteutetuissa uudistuksissa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja tuottaminen on integroitu Kainuun hallintokokeilussa vuodesta 2005 ja Eksotessa vuodesta 2010 lähtien. Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen tutkimuksen mukaan Kainuun hallintokokeilu ei hillinnyt eikä kiihdyttänyt sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvua. Kustannusten kasvu hidastui kokeilun alkamisen jälkeen, mutta niin tapahtui myös vertailualueella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos päätyi samankaltaisiin johtopäätöksiin. Edellä mainituissa arvioinneissa ei kuitenkaan tarkasteltu asukkaiden saamien palvelujen määrän tai laadun kehitystä ja näiden tekijöiden vaikutusta kustannuskehitykseen. Terveyden ja hyvinvoin-

nin laitoksen arvion mukaan ennen Eksoten muodostamista vuonna 2010 alueen sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset olivat Etelä-Karjalassa jonkin verran pienemmät kuin vertailualueen kuntien kustannukset, mutta ne kasvoivat hieman nopeammin kuin vertailualueen kustannukset eli 3,4 prosenttia vuodessa nykyisen Eksoten kunnissa ja 2,8 prosenttia vuodessa vertailualueen kunnissa. Eksoten perustamisen jälkeen vuosina 2010–2012 alueen nettokustannusten kasvu oli selvästi hitaampaa kuin ennen sen perustamista ja myös hitaampaa kuin sen vertailualueella. Eksoten alueella nettokustannukset laskivat noin 0,2 prosenttia vuodessa, kun vertailualueella nettokustannukset kasvoivat reaalisesti 2,2 prosenttia vuodessa. Tällä perusteella laskien Eksoten muodostaminen hillitsi sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvuvauhtia 2,4 prosenttia vuodessa verrattuna vertailualueeseen.

Ehdotuksen perusteella muodostettavat sosiaali- ja terveysalueet sekä tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät ovat kooltaan ja olosuhteiltaan erilaisia. Sen vuoksi vaikutukset voivat vaihdella alueittain Jos vaikutuksia tarkastellaan Eksoten tulosten mukaan, vuoden 2012 kustannustasolla tarkoittaisi kokonaan tasolla noin 450 miljoonaa euroa pienempiä kuluja. Tässä arvioissa ei ole otettu huomioon Eksotessa kolmen ensimmäisen toimintavuoden aikana syntyneitä alijäämiä. Kun alijäämä otetaan huomioon, arvio valtakunnan tason kustannusten kasvun hillinnästä laskee noin 190 miljoonaa euroon. On kuitenkin huomattava, että vertailualueille mahdollisesti syntyneitä alijäämiä ei ollut mahdollista ottaa tarkastelussa huomioon.

Jos lakiesityksen vaikutuksia tarkastellaan Kainuun hallintokokeilun tulosten mukaan, uudistuksella ei saavutettaisi kustannussäästöjä, mutta se ei myöskään nopeuttaisi sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvuvauhtia.

Edellä todettuihin arvioihin liittyy suuria epävarmuuksia. Eksoten ja Kainuun hallintokokeilun tulosten taustalla on ollut järjestelmällinen, vuosia kestänyt ja yhteiseen päämäärään pyrkinyt muutosjohtaminen, jota ilman säästöjä tuskin olisi syntynyt. Säästöt ovat sidoksissa maakunnallisiin ratkaisuihin,

jotka saattavat olla mielekkäitä vain kyseisillä alueilla.

Uudistus edellyttää päätöksentekijöiltä kykyä ja taitoa hyödyntää lakiesityksen mukaisen sosiaali- ja terveydenhuollon integraattiorakenteen tarjoamat mahdollisuudet. Järjestämisvastuun ja tuottamisvastuun mittaavaan kasvu luo aiempaa paremmat mahdollisuudet toimintojen tehostamiseen ja tuottavuuden kasvuun sekä edelleen kustannusten kasvun hillintään ja yksittäisissä toiminnoissa myös kustannusten alenemiseen. Potentiaalisten muutosten suuruusluokkaa voidaan tarkastella myös tarkastelemalla mahdollisuuksia rationalisoida suurimpia kustannuksia aiheuttavia toimintoja ja kohottaa tuottavuutta.

Ehdotuksen mukainen järjestämislaki tukee kustannusten kasvun hillintää peruspalvelujen vahvistamisen kautta. Peruspalveluille on tunnusomaista avopalvelupainotteisuus, lähipalveluluonne sekä alueen, väestön ja palvelujärjestelmän kokonaisuuden tuntemus. Perustason ehkäisevien ja hoitavien tai korjaavien sekä kuntouttavien palveluiden hyvä saatavuus, oikea-aikaisuus ja jatkuvuus vähentävät kalliiden erityispalvelujen tarvetta.

Esimerkiksi oikea-aikaisten ja varhaisessa vaiheessa tuotettujen perhepalvelujen lisäämisen on arvioitu vähentävän kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrää 5 000 asiakkaalla 10–15 vuoden aikana. Tällä voitaisiin säästää vuositasolla noin 200 miljoonaa euroa laitospalveluiden ja perhehoidon kustannuksia. Palvelurakenteen ja henkilöstöressurssien muutokset haluttuun ennalta ehkäisevään suuntaan on helpommin toteutettavissa nykyistä suuremmissa organisaatioissa.

Terveydenhuollossa esimerkiksi diabeteksen liitännäissairauksien tai aivoverenkiertohäiriöiden ennaltaehkäisyn tehostaminen vähentää merkittävästi erikoissairaanhoidon, kuntoutuksen ja hoivapalvelujen tarvetta. Hyvin toimivat peruspalvelut edistävät mahdollisimman sujuvaa palveluketjua myös erityistason palveluita tarvittaessa ja vähentävät pitkittyvistä ongelmista tai päällekkäisestä työstä johtuvia kustannuksia. Integraatio mahdollistaa myös erityisosaamisen liittämisen peruspalveluihin tarpeen mukaan asiakkaan erikoissairaanhoidon lähettämisen si-

jaan, mikä vähentää sekä palvelutuotannon että asiakkaan kustannuksia.

Erikoissairaanhoidon osuus terveydenhuolto-omien on noin kolmannes. Tuottavuuden kasvun potentiaalia kuvaa esimerkiksi sairaaloiden suuret tuottavuuserot. Ne ovat sairaalatyypistä riippuen keskimäärin 5–10 % ja ääripäissä vielä selvästi tätä suuremmat. Suuremmat järjestämis- ja tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät pystyvät hajaantunutta tuotantorakennetta paremmin esimerkiksi optimoimaan sairaalaverkon ja koordinoimalla sairaaloiden välistä työnjakoa sosiaali- ja terveysalueella ja kansallisesti. Hajautetussa palvelurakenteessa syntyy helposti epätarpeellisuudenmukaista ja kustannuksia aiheuttavaa potilaiden yli- ja alihoitoa. Tehostamalla kalliin infrastruktuurin ja erityishenkilöstön käyttöä sekä yhtenäistämällä hoitokäytäntöjä kansallisia yhtenäisiä hoidon ja hoivan perusteita hyödyntäen, on mahdollista saada aikaan säästöjä. On arvioitu, että pelkkä hotelitoiminto sairaalassa maksaa noin 150 €/vrk ja että hoitoaikojen lyhentämisellä olisi säästettävissä merkittäviä säästöjä.

Toiminnallisten uudistusten mukanaan tuomat säästöt toteutuvat ja näkyvät hitaammin kuin henkilöstön, hallinnon, hankintatoimen ja vastaavien toimintojen yhdistämisestä saatavat säästöt. Esimerkiksi vuoden 2000 alussa toimintansa aloittaneen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) deflatoidut asukaskohtaiset kustannukset nousivat sen muutaman ensimmäisen toimintavuoden aikana samaan tahtiin kuin muiden sairaanhoitopiirien kustannukset. Vuodesta 2005 lähtien HUS:n kustannuskehitys sen sijaan on poikennut merkittävästi muiden sairaanhoitopiirien keskimääräisestä kustannuskehityksestä. Asukaskohtaiset kustannukset ovat laskeneet ja ovat nyt selvästi alemmat kuin muualla maassa. Ennen sairaanhoitopiirin perustamista asukaskohtaiset kustannukset olivat muuta maata korkeammat.

Huomattava osa sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista on kuntien ja kuntayhtymien ostoja kuntayhtymiltä ja toisilta kunnilta. Määrältään näitä on yli 7 miljardia euroa vuosittain. Tästä valtaosa on hoidon porrastukseen ja työnjakoon perustuvia ostoja, kun esimerkiksi sairaanhoitopiiri ostaa yliopistolliselta sairaanhoitopiiriltä sellaisia

erityisosaamista edellyttäviä palveluita, joita ei ole mielekästä antaa keskussairaالاتasolla. Tällä hetkellä osa näistä ostoista ei perustu suunniteltuun hoidon porrastukseen, vaan ne tapahtuvat epätarkoituksenmukaisina ostoina esimerkiksi sairaalan erikoislääkäriavajeen vuoksi. Erikoissairaanhoidon avohoidon käyntejä on arvioitu vuosittain olevan koko maassa 6 miljoonaa ja näistä ensikäyntejä 30 % eli 2 miljoonaa käyntiä. Paremmalla hoidon porrastuksella ja tasojen välisellä työnjalla tarvetta näihin ensikäynteihin on mahdollista vähentää.

Sosiaalipalvelujen järjestämisen näkökulmasta erityisen merkittävää on vaativaa erityisosaamista ja erityislainsäädäntöjen vahvaa tuntemusta edellyttävien palvelujen ja asioiden keskittäminen, jonka kautta pystytään nykyistä paremmin varmistamaan erityisosaamisen saatavuus, henkilöstön sijaisjärjestelyt ja ammatillinen tuki sekä palvelujen laadullinen kehittäminen ja siten turvaamaan alueellisten, laadukkaiden palvelujen saatavuus myös erityistä tukea tarvitseville kuntalaisille.

Toiminnallista integraatiota parantamalla on mahdollista poistaa rajapinnoilla tapahtuvaa tehottomuutta poistamalla kaksinkertaista työtä perustason ja erityistason välillä sekä koordinoimalla yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa erityisesti paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kohdalla. Näitä erityisen paljon palveluita käyttäviä on noin 10 % kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista ja heidän palveluidensa järjestämiseen kuluu noin 80 % koko sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista.

Sosiaali- ja terveystalvelujen integraation vaikutuksista palvelujen käyttöön ja sitä kautta kustannuksiin ei toistaiseksi ole selkeää kansainvälistä näyttöä. Yksittäisuudistuksissa on kuitenkin onnistuttu alentamaan kustannuksia. Potilaan kanssa laaditulla moniammatillisella hoitosuunnitelmalla on Kaste-ohjelman kehittämishankkeessa pystytty säästämään kolmannes ja Oulunkaaren kuntien kehittämishankkeessa asiakasvastaavatoiminnalla kaksi kolmannesta kaikkien eniten palveluita käyttävien terveystalveluksen potilaiden kustannuksista. Pääosin terveydenhuollon sisällä kokeiltujen ja jossain määrin myös sosiaali- ja terveystalvelujen raja-

pinnoilla käytettyjen menetelmien laajentaminen myös sosiaalipalvelujen puolelle ja yhteisiin palvelusuunnitelmien ja asiakasprosessien tekoon on mahdollista saavuttaa vielä suurempia kustannus- ja asiakasohyötyjä.

Henkilöstökulut ovat suurin yksittäinen kustannuserä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ne muodostavat yli puolet kustannuksista. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijämäärä on tällä hetkellä noin 209 000 henkeä. Valtiovarainministeriön arvion mukaan väestön ikääntymisen arvioidaan kasvattavan henkilöstön määrää julkisessa palvelutuotannossa keskimäärin runsaat 3 000 henkeä vuodessa. Jos vuosittainen henkilöstön kasvu jäisi 2 000 henkeä pienemmäksi, kokonaiskeskipalkalla laskettuna kustannusvaikutus olisi noin 70 miljoonaa euroa vuodessa. Edellä mainitut kustannustehokkuutta parantavat toimet vaikuttavat suoraan henkilöstökuluihin ja niiden rakenteeseen.

Hallinnon kustannussäästöjä saadaan henkilöstöhallinnon, taloushallinnon, kiinteistöhuollon ja yleisjohdon päällekkäisyyksien purkamisella. Lisäksi hallinnollisen integraation kautta eri tasojen yhdistyessä on mahdollista suunnata keskijohdossa työskentelevien sekä hallinnollista että suoraa asiakastai potilastyötä tekevien henkilöiden työpanosta heidän ammatillisen osaamisensa mukaiseen asiakas- ja potilastyöhön. Esimerkiksi HUS:n keskitetyllä talous-, henkilöstö- ja materiaalihallinnolla on saavutettu alkuvaiheessa 10–15 % ja myöhemmin 2–3 %:n vuotuinen kustannussäästö (yhteensä runsaat 5 euroa asukasta kohden kuuden vuoden aikana).

Sosiaali- ja terveystalvelualueen tehtäviin kuuluu osaltaan henkilöstövoimavarojen käytön sekä suunnittelun, kehittämisen ja seurannan käytäntöjen yhteensovittaminen tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä. Erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön käytön kehittämishankkeissa on saatu huomattavia kustannussäästöjä. Esimerkiksi Kaste-ohjelman kehittämishankkeena toteutetun Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin koordinoiman henkilöstövoimavarojen hallintajärjestelmän käyttöönoton on arvioitu vähentävän sijaisten käyttöä 5 %:lla. Tämä perustuu siihen, että järjestelmän avulla henkilöstö voidaan mitoittaa tarkoituksenmukaisemmin

eri yksiköiden toiminnan sekä potilaiden hoidon ja palveluntarpeen mukaisesti. Nykyistä suuremmissa tuottamisvastuullisissa organisaatioissa voitaisiin tällaisia hallintajärjestelmiä ottaa käyttöön nykyistä paremmin.

Henkilöstökulujen jälkeen seuraavaksi suurimmat kustannuserät ovat palvelu- ja materiaalihankinnat. Uudistus helpottaa mittakaavaetujen hyväksikäyttöä muun muassa tarvikke- ja palveluhankinnoissa sekä lääketieteellisten ja muiden tukipalvelujen järjestämisessä. Hankintatoimen keskittämällä voidaan saavuttaa kustannussäästöjä. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenoista laitteet, tarvikkeet ja tavarat muodostavat noin 12 % (vuonna 2012 noin 2,1 miljardia euroa). Laitteet sisältävät pääasiassa kuvantamisessa ja hoidossa käytettyjä sairaalalaitteita. Tarvikkeet ja tavarat sisältävät sairaalalääkkeitä (lähes puolet kustannuksista), hoitotarvikkeita (noin kolmasosa kustannuksista) sekä muita tarvikkeita. Sekä laitteiden sijoittamisen hyvällä suunnittelulla että yhteisillä hankinnoilla on mahdollista saavuttaa säästöjä. Hankintakustannusten alenemista on mahdollista saada hankintarenkaiden toiminnan tehostamisella ja yhteishankintojen laajentamisella lääkkeiden lisäksi hoitotarvikkeisiin, apuvälineisiin ja muihin tarvikkeisiin. Integraatio mahdollistaa myös hoitotarvikkeiden jakelun rationalisoinnin.

Lakiehdotus mahdollistaa lääketieteellisten ja muiden tukipalvelujen tuottamisen koko sosiaali- ja terveysalueen kattavana palveluna. Jo kansallisen terveyshankkeen toimesta 2000-luvun alussa käynnistynyt ja sittemmin jatkunut laboratorio- ja kuvantamispalvelujen keskittäminen on tuottanut huomattavaa kustannusten säästöä eri puolilla maata. Itä-Suomen alueella toimivan Islabin alueella on arvioitu, että laboratoriotoimintojen keskittelyllä tuottamisella voidaan saavuttaa vuositasolla jopa noin 5 euroa/asukas kustannusten säästö hajautettuun palvelutuotantoon verrattuna. TYKS-ervassa on puolestaan arvioitu, että lääketieteellisten tukipalveluiden osuus kaikista erikoissairaanhoidon kustannuksista on 15–25 %:a. Tällöin sosiaali- ja terveysalueen laajuisella yhteistyöllä saavutettavissa olevan 5–15 %:n tuottavuuskehityksen mer-

kitys koko erikoissairaanhoidon kustannuksiin voi olla 0,75–3,75 %:a.

Sosiaalihuollossa esimerkiksi juridisten tukipalvelujen ja asiantuntija-avun keskittäminen alueellisesti yhdenvertaiseksi palveluksi saisi aikaan sekä säästöjä että toiminnan laadullista parantumista.

Tällä hetkellä terveydenhuolto on lähes täysin digitalisoitunut. Sosiaalihuollossa tietojärjestelmien käyttö on vähäisempää. Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon ICT-käyttökustannukset ilman investointeja ovat vuosittain noin 400 miljoonaa euroa. Vaikka käytössä olevia potilastieto- ja muita järjestelmiä on rajallinen määrä, on tietojärjestelmäkenttä kokonaisuudessaan varsin hajanainen, koska järjestelmät ovat pääasiassa organisaatiokohtaisia.

Sosiaali- ja terveysministeriön sähköisen tiedonhallinnan strategian (Sote-tieto hyötykäyttöön) mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon suurimmat säästöpotentiaalit ovat toimintaprosessien muutoksessa ja erityisesti sähköisten palveluiden käyttöönotossa. Esimerkiksi kotihoidossa on jo tietyillä alueilla käytössä olevia, toimintaa tehostavia toiminnanohjausjärjestelmiä ja mobiilipalvelut mahdollistavia sovelluksia. Omahoidon (mukaan lukien sähköiset palvelut) sekä muut sähköiset palvelut asiakkaille mahdollistavat toiminnan tehostumisen ja resurssien järkevän kohdentamisen. Kustannushyötyjä muodostuu myös tietotekniikan hallinnan ja ylläpidon päällekkäisten kustannusten vähenemisestä.

Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmien kehittäminen kansallisten vaatimusten mukaisiksi ja liittäminen kansallisiin tietojärjestelmäpalveluihin on uudella järjestämisrakteella mahdollista toteuttaa huomattavasti nykyistä kuntapohjaista toimeenpanoa vähäisemmin kustannuksin. Kansallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalvelujen (Kanta, Kansa) käyttöönotto mahdollistaa uusia toimintamalleja ja sitä kautta saavutettavia kustannushyötyjä. Sosiaalihuollon kansallinen arkistopalvelu (Kansa) on tarkoitus ottaa käyttöön vuosikymmenen vaihteessa.

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on pitkällä aikavälillä kannattavaa sekä taloudellisesti että inhimillisesti. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tehdään ih-

misten arkiympäristöissä ja palveluissa, joita he käyttävät (kunnan toiminnot sekä sosiaali- ja terveyspalvelut). Monet näissä arkiympäristöissä toteutettavat elintapoja muokkaavat toimenpiteet on todettu tehokkaiksi. Esimerkiksi elintapoihin liittyvien terveysongelmien riskiä voidaan alentaa ja sairastavuutta vähentää jopa 20–40 %. Tällaisia terveysongelmia ovat muun muassa sydän- ja verisuonitaudit sekä kakkostyypin diabetes. Diabeteksen hoidon lisäkustannuksiksi on arvioitu 833 miljoonaa euroa vuodessa.

Arvioilta 1,4–7 % Suomen kaikista terveysmenoista johtuu lihavuudesta, mikä aiheutti yhteiskunnalle noin 330 miljoonan euron kokonaiskustannukset vuonna 2011. Valtaosa kuluista muodostui vuodeosastohoitopäivistä, lääkekustannuksista ja työkyvyttömyyseläkkeistä. Väestön lihavuudesta aiheutuu myös välillisiä kustannuksia, kuten sairauksista johtuva tuottavuuden aleneminen ja sairauslomista johtuvat kustannukset.

Tupakasta aiheutuvan keuhkohtaumataudin, keuhkosyövän ja sydäninfarktin välittömät terveydenhuollon hoitokustannukset olivat noin 300 miljoonaa euroa vuonna 2010. Näistä säästyisi 85 %, jos kaikki tupakoijat lopettaisivat tupakoinnin. Lisäksi vuonna 2007 lasketut tupakointiin liittyvien terveysongelmien aiheuttamat kansantalouden tuotantomennytykset olivat noin 36 000 euroa tupakoijaa kohden 19 vuoden aikana (työn tuottavuuden aleneminen, sairauspoissaolot, työurien lyhentyminen). Alkoholihaittojen välittömät kustannukset vuonna 2011 olivat arvioilta 1,3 miljardia euroa, joiden lisäksi tuottavuuden alenemisen ja työurien menetyksenä arvioilta 4–5 miljardia euroa.

Elintapoihin vaikuttamisen lisäksi laadukkaat ja riittävät lapsiperhepalvelut ovat esimerkki vaikuttavasta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminnasta. Perhepalveluissa, etenkin lastensuojelussa, kustannukset ovat yksittäisissä kunnissa kohonneet vuosittain jopa 30 %. Esimerkiksi 30 000 asukkaan Imatralla kustannukset kohosivat aiemmin 200 000–500 000 euroa vuosittain. Kun panostettiin lapsiperheiden varhaisen vaiheen palveluihin, saatiin raskaiden palvelujen (lastensuojelun huostaanotot) kulujen kasvu pysähtymään. Vuonna 2011 lastensuojelulaitosten ostopalvelumenot olivat 2 miljoonaa eu-

roa kun ne vuonna 2012 olivat enää 1,8 miljoonaa euroa. Ehkäisevällä toiminnalla voidaan tämän mukaisesti saada aikaan kustannusten hillinnän lisäksi myös suoria säästöjä.

Lyhyellä aikavälillä uudistuksesta aiheutuu myös muutuskustannuksia. Kustannusten aleneminen edellyttää tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä tai sosiaali- ja terveysalueilla investointeja muun muassa yhtenäisiin tietojärjestelmäratkaisuihin. Lisäksi potilastietojärjestelmät on integroitu voimakkaasti muihin organisaation tietojärjestelmiin, joita ovat muun muassa erikoisalakohtaiset erillisjärjestelmät, mikä tekee järjestelmien konsolidoinnista organisaatioiden toiminnan yhdistyessä laajemman hankkeen kuin monilla muilla aloilla. HUS:n ja eräiden Uudenmaan kuntien Apotti-hankkeen kustannushyötyanalyysin mukaan tietojärjestelmäinvestoinnin takaisinmaksuaika on seitsemän vuotta.

Muutuskustannuksia aiheutuu myös sosiaali- ja terveysalueiden yhteisen ja vertailukelpoisen tietopohjan rakentamisesta palvelutarpeen arviointiin, toiminnan ja talouden sekä palvelujen laadun seurantaan. Uudistukseen liittyvästä henkilöstön koulutuksesta seuraa muutuskustannuksia arviolta 20 miljoonaa euroa. Uudistuksella saattaa olla myös suunnittelemattomia vaikutuksia yleiseen palkkatasoon, kun tällä hetkellä on palkkeroja eri kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä. Näiden toteutumista tai tasoa on mahdotonta arvioida etukäteen.

Vaikutukset kuntien maksuihin

Kunnat rahoittavat kuntakohtaisella maksulla sosiaali- ja terveysalueita. Kuntakohtaisissa laskelmissa on verrattu kunnan vuoden 2014 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenoja kunnan sosiaali- ja terveysalueelle kohdentamaan rahoitukseen lakiesityksen 33 § mukaisesti. Yksittäiset kunnat kuuluvat laskelmissa erityisvastuualueiden (erva) mukaisesti määriteltyihin sosiaali- ja terveysalueisiin:

Eteläinen = HYKS-erva,
Itäinen = KYS-erva,
Keskinen = TAYS-erva,
Läntinen = TYKS-erva, ja
Pohjoinen = OYS-erva.

Poikkeuksena näihin ovat Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuuluvat kunnat, jotka kuuluvat uudessa järjestelmässä Eteläiseen sosiaali- ja terveystalouteen. Lisäksi Jämsä, Karvia ja Punkalaidun kuuluvat Keski- ja Eteläiseen sosiaali- ja terveystalouteen.

Tehdyt laskelmat ovat arvioita tulevan järjestelmän vaikutuksista.

Laskelmien pohjana on käytetty kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksia vuosilta 2011–2013, jotka on korotettu vuoden 2014 tasolle. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannuksista on poistettu lasten päivähoidon ja toimeentulotuen menoerät. Nettokustannuksissa on mukana käyttömenojen lisäksi vyörytyserät ja niistä on vähennetty kaikki toimintatulot. Lisäksi laskelmissa on

käytetty uuden 2015 voimaan tulevan valtionosuusjärjestelmän mukaisia laskentakriteerejä vuoden 2014 tasossa.

Vaikutukset kunnittain ja sote-alueittain

Tulevat sote-alueet ovat asukasmääriltään ja sosiaali- ja terveystoimen budjetin mukaan hyvin erilaisia. Asukasmäärään suhteutettujen sosiaali- ja terveystoimen nettomenot vaihtelevat 2900 €/asukas ja 3300 €/asukas välillä. Kunnittain erot ovat vielä selvästi suuremmat vaihdellen 2300 €/asukas ja 5500 €/asukas välillä.

Taulukko 3 Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot sote-alueittain

Sote-alue	Asukasmäärä, 31.12.2012	Kuntien lkm.	Kuntien sote- menot, netto, 2012, mrd. euroa*	Kuntien sote- menot, netto, 2012, euroa/as.
Eteläinen	2 083 200	53	6,1	2 900
Itäinen	817 800	68	2,7	3 300
Pohjoinen	739 500	68	2,4	3 200
Keskinen	900 300	56	2,8	3 100
Läntinen	857 500	59	2,7	3 200
Yhteensä	5 398 300	304	16,7	3 100

*TK, Kuntien talous ja toimintatilasto, ilman maksutuloja (pl. päivähoito ja toimeentulotuki) Vuoden 2014 tasossa

Euromääräisiä vaikutuksia on arvioitu kunnittain, kuntaryhmittäin ja sosiaali- ja terveystalouteittain. Kuntien rahoitusosuutta sote-

alueelle on verrattu kuntien nykyisiin sosiaali- ja terveystoimen nettomenoihin.

Taulukko 4 Sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset nettomenot nykytasolla ja 33§ mukaisella mallilla laskettuna

Sote-alue		Nykytaso euroa/as.	Sote-malli euroa/as.
Eteläinen	keskiarvo	2 905	2905
	minimi	2 319	2534
	maksimi	4 103	4054

Itäinen	keskiarvo	3 324	3324
	minimi	2 278	2649
	maksimi	4 890	4490
Pohjoinen	keskiarvo	3 241	3241
	minimi	2 279	2610
	maksimi	5 465	5065
Keskinen	keskiarvo	3 094	3094
	minimi	2 265	2557
	maksimi	4 626	4226
Läntinen	keskiarvo	3 177	3177
	minimi	2 442	2688
	maksimi	4 528	4128
Vuoden 2014 tasossa			

Järjestämislain 33§ mukainen rahoitusmalli tasoittaa kunnittaisia ääripäitä sosiaali- ja terveystoimen nettomenoissa.

Taulukko 5. Kuntien rahoitusosuuden muutokset

Kuntien rahoitusosuus nousee		
nousu, euroa/as.	kuntien lkm.	milj. euroa
400	11	40
300-399	13	35
200-299	28	115
100-199	52	180
alle 100	51	63
Yhteensä	155	432

Kuntien rahoitusosuus laskee		
lasku, euroa/as.	kuntien lkm.	milj. euroa
400	36	-65
300-399	16	-30
200-299	18	-229
100-199	31	-57
alle 100	48	-31
Yhteensä	149	-411

Kuntien rahoitusosuus suhteessa nykyisiin menoihin nousee puolella kunnista ja laskee puolella. Suurimmalla osalla kunnista muutos on alle 200 euroa/asukas. Kuitenkin 11 kunnan rahoitusosuus nousee yli 400 euroa/asukas ja 36 kunnalla se laskee yli 400 euroa/asukas.

Tuloveroprosenttiin suhteutettuna 100 euroa asukasta kohti toteutuva muutos vastaa keskimäärin 0,62 prosenttiyksikön tuottoa koko maassa vuoden 2012 tasolla. Siten yhden veroprosentin tuotto oli 161 euroa asukasta kohti. Suurimmillaan tuotto oli 344 euroa asukasta kohti Kauniaisissa ja alimmillaan 92 euroa asukasta kohti Merijärvellä.

Taulukko 6 Kuntien rahoitusosuuden muutokset kuntakoon mukaan

Asukasmäärä	kuntien lkm.	milj. euroa	€ / as.
alle 6 000	148	-32	-66
6 000-9 999	54	-7	-16
10 000-19 999	46	56	86
20 000-39 999	31	85	99
40 000-99 999	16	41	42
yli 100 000	9	-122	-61
YHT.	304	0	0

Kuntakoryhmittäinen luokittelu osoittaa, että keskimäärin kunnan rahoitusosuus laskee pienimmissä kunnissa ja yli 100 000 asuk-

kaan kaupungeissa. Kuntakohtaiset vaihtelut ovat kuitenkin suuret. Keskimäärin vaikutukset ovat (-102 €/as – + 97 €/as.).

Taulukko 7 Euromääräiset vaikutukset kuntakoon mukaan

Perusmalli	Asukasmäärä	kuntien lkm	kuntien rahoitusosuus	
			nousee	laskee
	alle 6 000	148	55	93
	6 000-9 999	54	26	28
	10 000-19 999	46	33	13
	20 000-39 999	31	25	6
	40 000-99 999	16	11	5
	yli 100 000	9	5	4
	YHT.	304	155	149

Pienissä kunnissa rahoitusosuus laskee selvästi useammassa kunnassa kuin se nousee.

Suuremmissa kunnissa rahoitusosuus nousee useammin kuin laskee.

Taulukko 8 Vaikutukset sosiaali- ja terveysalueittain

sote-alue	kuntien lkm.	Kuntien rahoitusosuus			
		nousee	%	laskee	%
Eteläinen	53	40	75 %	13	25 %
Itäinen	68	24	35 %	44	65 %
Pohjoinen	68	26	38 %	42	62 %
Keskinen	56	29	52 %	27	48 %
Läntinen	59	36	61 %	23	39 %
Yhteensä	304	155	51 %	149	49 %

Eteläisellä sosiaali- ja terveysalueella samoin kuin Läntisellä sosiaali- ja terveysalueella useimpien kuntien rahoitusosuus kasvaa. Pohjoisella ja Itäisellä sosiaali- ja terve-

ysalueilla niitä kuntia, joiden rahoitusosuus laskee, on enemmän. Keskisellä sosiaali- ja terveysalueella kunnat jakautuvat lähes tasan.

Taulukko 9 Vaikutukset sosiaali- ja terveysalueittain ja muutoksen suuruuden mukaan

sote-alue	kuntien lkm.	Kuntien rahoitusosuus nousee			
		yhteensä	alle 5 %	5-10 %	yli 10 %
Eteläinen	53	40	19	12	9
Itäinen	68	24	14	6	4
Pohjoinen	68	26	17	3	6
Keskinen	56	29	14	9	6
Läntinen	59	36	21	11	4
Yhteensä	304	155	85	41	29

sote-alue	kuntien lkm.	Kuntien rahoitusosuus laskee			
		yhteensä	alle 5 %	5-10 %	yli 10 %
Eteläinen	53	13	8	4	1
Itäinen	68	44	15	28	1
Pohjoinen	68	42	14	23	5
Keskinen	56	27	19	8	0
Läntinen	59	23	17	6	0
Yhteensä	304	149	73	69	7

Kunnan rahoitusosuuden muutos on alle viisi prosenttia 158 kunnassa. Rahoitusosuus muuttuu yli 10 prosenttia 36 kunnassa. Yksittäisten kuntien muutokset voivat olla tätä selvästi suuremmat.

Sosiaali- ja terveysalueiden välillä on selviä eroja. Eteläisellä sosiaali- ja terveysalueella kolmessa kunnassa neljästä rahoitusosuus nousee, kun Itäisellä ja Pohjoisella sosiaali- ja terveysalueella osuus on hieman yli kolmannes kunnista. Keskisellä ja Läntisellä sosiaali- ja terveysalueella rahoitusosuus nousee hieman yli puolella kunnista.

Eteläisellä sosiaali- ja terveysalueella lähes joka viidennessä kunnassa rahoitusosuus nousee yli 10 prosenttia. Muilla alueilla osuudet ovat selvästi alhaisemmat. Rahoitusosuus laskee puolestaan yli 10 prosenttia yhdessä Eteläisen ja yhdessä Itäisen sosiaali- ja terveysalueen kunnassa, kun se vastaavasti laskee viidessä Pohjoisen sosiaali- ja terveysalueen kunnassa. Keskisellä ja Läntisellä sosiaali- ja terveysalueella yli 10 prosentin suuruisia rahoitusosuuden laskuja ei ole.

Siirtyminen viiden sosiaali- ja terveysalueen järjestelmään merkitsee kuntien rahoitusosuuksien muutoksia siten, että rahoitusosuus suhteessa nykyisiin menoihin nousee puolella kunnista ja laskee puolella kunnista. Yksittäisten kuntien osalta rahoitusosuuksien muutokset ovat merkittäviä. Näitä muutoksia lieventämään on voimaanpanolain 14§:ään ehdotettu siirtymäkauden järjestelyä.

Rahoituksen siirtymäjärjestely

Voimaanpanolain 14 § mukaisesti kunnan rahoitusosuutta tasataan vuosina 2017–2020, mikäli rahoituksen asukaskohtainen muutos ylittää tietyn rajan. Lisäksi vuoden 2020 jälkeiselle ajalle on määritelty enimmäismuutos. Siirtymäkaudelle asetetaan tasausrajat, jonka ylimeneviä osuuksia ei kuntien rahoitusosuuksissa huomioida.

Tasausrajat vuosille 2017–2020 ovat:

Muutos vuonna 2017: +/-50 € / asukas

Muutos vuonna 2018: +/- 150€ / asukas

Muutos vuonna 2019: +/- 250€ / asukas

Muutos vuonna 2020: +/- 400€ / asukas

2021 alkaen: enintään +/- 400 €/asukas.

Siirtymäjärjestelmän käyttöönotto tarkoittaisi sitä, että sosiaali- ja terveysalueen rahoitustarve ei tulisi täytetyksi (tasausvähennys) tai se voisi ylittyä (tasauslisä). Tästä syystä sosiaali- ja terveysalueen on otettava huomioon siirtymäajan vaikutukset budjetoinnissaan, jotta siirtymän aiheuttamat tasausvähennykset ja tasauslisät voidaan kompensoida. Tämä tarve näyttäisi olevan varsin maltillinen, pääosin alle 1 % sosiaali- ja terveysalueiden rahoitustarpeesta kaikilla alueilla.

Siirtymäjärjestelmän inflaatiotarkistus toteutetaan vuosittain kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain (1704/2009) 57 §:n 2 momentin mukaisen peruspalvelujen hintaindeksin mukaisesti.

Taulukko 10 Siirtymätasausjärjestelmän piirissä olevat kunnat 2017–2020

Vuosi	tasausraja	Kuntien lukumäärä tasauksen piirissä	% kunnista
2020	400€	11	3,6 %
2019	250€	40	13,2 %
2018	150€	73	24,0 %
2017	50€	128	42,1 %

	0€		
2017	-50€	124	40,8 %
2018	-150€	83	27,3 %
2019	-250€	60	19,7 %
2020	-400€	36	11,8 %

Yllä olevassa taulukossa on arvioitu siirtymätasauksen vaikutuksia vuoden 2014 tasoon suhteutetuilla laskelmilla. Todelliset vaikutukset nähdään vasta, kun käytössä on vuoden 2015 tiedot, jolloin voidaan arvioida tilanne vuoden 2017 tasolle. Taulukosta nähdään, että järjestelmän ensimmäisenä vuonna 2017 siirtymätasauksen piirissä olisi yhteensä 252 kuntaa (128+124). Näistä 252 kunnasta tasaajärjestelmän piirissä olisi vuonna 2018 vielä 156 (83+73) kuntaa. Edelleen näistä 156 kunnasta olisi tasauksen piirissä 100 (40+60) kuntaa vuonna 2019 ja vuonna 2020 kuntia olisi 47 (11+36).

Valtionosuusuudistuksen ja valtionosuusleikkausten vaikutus kuntatalouteen

Esityksen mukaisen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen lisäksi tulevien vuosien kuntatalouteen vaikuttavat monet muut tekijät. Näistä voidaan todeta erityisesti valtionosuusuudistus ja erikseen päätetyt valtionosuuksien leikkaukset.

Kuntien peruspalvelujen valtionosuudesta annettua lakia (1704/2009) on muutettu vuoden 2015 alusta voimaan tulevalla lailla (676/2014). Tätä koskevassa hallituksen esityksessä (HE 38/2014 vp, s. 48–51) on selvitetty yksityiskohtaisesti valtionosuusuudistuksen ja vuosina 2012–2017 tehtävien valtionosuuksien leikkausten vaikutuksia kuntien talouteen.

Tarkasteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon ja valtionosuusjärjestelmän uudistusten yhteisvaikutuksia kuntatalouteen, voidaan todeta, että muutokset kohdistuvat hyvin eri

tavoin yksittäisiin kuntiin. On kuntia, joiden rahoitusasemaa molemmat uudistukset vahvistavat, toinen vahvistaa ja toinen heikentää tai molemmat heikentävät. Ilman valtionosuusleikkauksia suurimmillaan yksittäisen kunnan rahoitusasema heikkenisi noin 800 €/asukas/vuosi. Rahoitusaseman vahvistuminen olisi puolestaan enimmillään noin 710 €/asukas/vuosi. Valtionosuuksien leikkaukset ovat vuosina 2012–2017 yhteensä 259 €/asukas/vuosi. Tämä leikkaus vaikuttaa samalla tavalla kaikkiin kuntiin.

Varainsiirtovero

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi järjestämislain mukaisten sosiaali- ja terveysaluiden toteuttamiseen liittyvien kuntien toimintojen omistusjärjestelyjen määräaikaisesta verovapaudesta. Verojärjestelmäämme sisältyy jo nykyisin sääntely, jossa verovapaus on hyväksytty osana järjestelmän luonnetta ja yleistä rakennetta yhteisöjen rakennemuutosten yhteydessä. Varainsiirtoverolain 43 a-c §:ssä verovapautta on rajattu sekä ajallisesti että kohteen osalta.

Kuntien rakennejärjestelyjen yhteydessä tapahtuvien luovutusten määräaikaisen verovapauden soveltamisaikaa jatkettiin osin muutettuna 1.1.2013 voimaan tulleella lailla (991/2012). Verovapaus koskee nyt puiteissa tarkoitettujen velvoitteiden toteuttamiseksi vuoden 2016 loppuun mennessä tapahtuvia luovutuksia kiinteistön tullessa sosiaali- tai terveydenhuollon käyttöön. Nyt ehdotettu varainsiirtoverolakiin tehtävä lisäys ei sinänsä muuttaisi tämän hetkistä tilannetta, vaan

määräaikainen verovapaus kytkettäisiin lainmuutoksella uusien sosiaali- ja terveysalueiden muodostamiseen. Huojennuksella annettaisiin kunnille myös lisää aikaa kaikkien tavoitteena olevien omistusjärjestelyjen toteuttamiseen. Kuntien kiinteistövarallisuuden yhtiöittämiseen liittyvän määräaikaisen verovapauden vaikutukset kytkeytyvät laajaan sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota koskevaan kokonaisuudistukseen, eikä määräaikaisen verovapauden vaikutuksista veron määrään ole käytettävissä arviota.

4.3 Hallinnolliset ja organisatoriset vaikutukset

Kunnat

Ehdotetulla uudistuksella on merkittävä vaikutus kuntien hallintoon. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen siirtyy kokonaan ylikunnalliseksi yhteistoiminnaksi. Myös palvelujen tuottaminen siirtyy kokonaan ylikunnalliseksi. Poikkeuksena tästä voisi olla kuntayhtymän sijasta toteutettu vastuukuntamalli, jolloin vastuukunta tuottaisi palvelut omille ja muiden kuntien asukkaille. Vastuukuntamalli edellyttäisi, että kunnat sopivat siitä yksimielisesti.

Nyt sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on jakautunut kunnille, eri tavoin muodostetuille yhteistoiminta-alueille, sairaanhoitopiirien kuntayhtymille ja erityishuoltopiirien kuntayhtymille. Järjestämisvastuussa olevia organisaatioita on hieman vajaat 200. Kainuuta ja Eksotea lukuun ottamatta kuntien asukkaille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestää vähintään kaksi ja joissain tapauksissa jopa neljä eri organisaatiota (kunta itse, kansanterveystyön kuntayhtymä, sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ja erityishuoltopiirin kuntayhtymä).

Uudistuksen seurauksena kaikkien sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä vastaisivat sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymät. Palvelujen tuottamisesta vastaisivat puolestaan tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät. Niiden tuottamisvastuu kattaisi sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelut integroituna kokonaisuutena. Kuntien asukkaiden näkökulmasta palvelut saataisiin tällöin käytännössä yhden kunnallisen

organisaation toteuttamana. Tämän tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän vastuulla on huolehtia siitä, että kuntalainen saa hänen tarvitsemansa lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja siihen liittyvä hallinto siirtyisivät näin ollen pois yksittäisten kuntien ja nykyisten sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien itenäisestä päätöksenteosta. Sosiaali- ja terveysalueen toiminnasta vastaisi kuntayhtymä. Sen hallinto määräytyisi pääosin kuntalain säännösten perusteella. Yksittäisen kunnan kannalta merkityksellistä olisi kuitenkin se, että sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymät olisivat suuria, keskimäärin 60 kuntaa käsittäviä. Kun kunnan edustajien äänimäärä kuntayhtymän yhtymävaltuustossa määräytyisi kunnan asukasluvun mukaan, tämä tarkoittaa samalla, että yksittäisen kunnan edustajan osuus äänimäärästä jäisi useissa tapauksissa alle yhden prosentin.

Tilanteissa joissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja on ryhdytty toteuttamaan ylikunnallisena toimintana tai tällaista toimintaa on laajennettu, muutoksella on tehtyjen selvitysten perusteella ollut vaikutuksia hallinnon ja päätöksenteon toteutukseen ja rakenteisiin. Hallinnolliset mallit ovat olleet paras-puitelain mukaisilla yhteistoiminta-alueilla hyvin monimuotoisia ja niihin liittyy runsaasti erilaisia päätöksenteon rakenteita. Silloin kun näillä alueilla palveluverkon ja toiminnan tarkastelu on edelleen perustunut kuntarajoihin, se on osassa alueita hidastanut tai estänyt palvelujen toiminnallista ja organisatorista kehittämistä tuottavuuden näkökulmasta.

Yhteistoiminta-alueilla merkittävä osuus palvelujen hallinnossa ja päätöksenteossa on myös palvelusopimuksilla, jotka järjestämisvastuinen taho (vastuukunta) tekee kumpankuntien kanssa. Sopimusprosessit on määritelty ja ne mahdollistavat kuntien osallistumisen prosessin eri vaiheisiin. Suuri painoarvo on ollut muun muassa palvelutarvearviolla, jonka perusteella palvelusuunnitelmia ja -sopimuksia kuntien kanssa laaditaan. Näihin prosesseihin osallistuu kunnista yleensä melko laaja päätöksentekijöiden ja asiantuntijoiden joukko. Lisäksi useilla alueilla on muodostettu erilaisia virallisen sopi-

musprosessin ohella toimivia epävirallisia yhteistyö- ja seurantaryhmiä.

Paras-uudistusta edeltäneeseen aikaan verrattuna tietoisuus sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen perusteista, mahdollisista toteuttamismalleista ja kustannusten muodostumisesta on tutkimusten mukaan lisääntynyt monessa kunnassa. Paras-kyselyssä vuonna 2009 kuntien edustajat kuvasivat uudistuksen valmisteluprosesseja työläiksi ja vaativiksi, mutta pitivät niitä hyödyllisinä koska keskustelua sosiaali- ja terveyspalveluista ei oltu aikaisemmin saatu päätöksenteossa käynnistetyksi.

Laajemmille alueille siirryttäessä palveluisa on haettu yhdenvertaisuutta yhtenäistämällä kaikki palvelujen johtamisen, esimiestyön ja toiminnan rakenteet ja prosessit. Yhdenvertaisuutta on myös pyritty turvaamaan hyvin rajaavilla, kuntarajoja korostavilla sopimuksilla ja reunaehdoilla, jotka ovat osaksi estäneet palvelujen toiminnallista kehittämistä ja tuottavuuden lisäämistä. Laajemman alueen vakiintuessa on kuitenkin tunnistettu tarve muodostaa erilaisia toimintamalleja kaupunkimaisille ja maaseutumaisille alueille. Näin yhdenvertaisuus on kohdennettu palvelun saajan asemaan ja palvelun toteutumiseen mutta palvelujen toteutustavat ovat paikallisesti monimuotoisempia.

Esityksen mukainen ehdotus poikkeaa olennaisesti Paras-uudistuksen mukaisista rakenteista erityisesti siltä osin, että sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat päätökset tehdään jatkossa koko sosiaali- ja terveysalueelle sekä palvelutuotannon osalta sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätökseen perustuen tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä. Järjestämisvastuussa oleva sosiaali- ja terveysalue ei tee sopimuksia erikseen yksittäisten kuntien tai kuntayhtymien kanssa, vaan asioista päätetään kokonaisuutena alueen järjestämispäätöksessä. Tällöin järjestämisvastuussa oleva sosiaali- ja terveysalue joutuu ottamaan huomioon koko alueen väestön ja sen palvelutarpeet.

Hallinnon toteuttaminen ehdotuksen mukaisesti sosiaali- ja terveysalueella sekä tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä, vähentää hallinnon organisaatioita nykyisestä. Organisaatioiden väheneminen tekee siitä samalla läpinäkyvämpää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa merkityksellistä on myös se, että muutokset järjestäjätahon ja tuottajatahon toimialueissa saattavat vaikuttaa viranomaisten kielelliseen asemaan ja siten välillisesti perustuslaissa turvattujen kielellisten oikeuksien toteutumiseen. Perustuslakivaliokunta on aluehallintouudistuksesta antamassa lausunnossa (PeVL 21/2009 vp - HE 59/2009 vp) käsitellyt kielellisten perusoikeuksien vaikutusta hallinnolliseen aluejakoon. Lausunnossa valiokunta totesi, että jos hallinnollisesti toimiva aluejako on mahdollista määrittellä useilla vaihtoehtoisilla tavoilla, perusoikeuksien turvaamisvelvollisuus edellyttää, että niistä valitaan parhaiten kielelliset perusoikeudet toteuttava vaihtoehto.

Edellä olevan perusteella järjestämisessä ja tuottamisessa on kiinnitettävä erityisesti huomiota perustuslain 122 §:n 1 momenttiin, jonka mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Myös perustuslain 17 §:n 2 ja 3 momentin säännökset oikeudesta käyttää omaa kieltään – suomea, ruotsia tai saamea – viranomaisessa sekä julkisen vallan velvoite huolehtia suomen ja ruotsinkielisen väestön yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan olisi otettava huomioon sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymiä ja tuottamisvastuu kuntayhtymiä muodostettaessa. Erityisesti muodostettaessa sosiaali- ja terveysalueita ja tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä on otettava huomioon reuna-alueiden kielivähemmistöt ja heidän mahdollisuudet palvelujen saamiseen samanlaisten perusteiden mukaan ja kielellisen yhdenvertaisuuden perusteella.

Valtio

Uudistuksen yhteydessä sosiaali- ja terveysministeriön asema sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaajana vahvistuisi, koska sen uudeksi nimenomaiseksi tehtäväksi tulisi sosiaali- ja terveysalueiden toiminnan ohjaaminen. Ohjaamisen välineenä olisivat vuotuiset neuvottelut sekä myös järjestämispäätösluonnoksen ennakkollinen arviointi. Sosiaali-

ja terveysministeriön tehtäväksi tulisi myös eduskunnalle annettavan selonteon valmistelu. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan laitokset tukevat omalla toiminnallaan kunnissa ja kuntayhtymissä tapahtuvaa uudistuksen toimeenpanoa. Ohjauksen vahvistaminen edellyttää uuden ohjausyksikön perustamista ja organisoimista sosiaali- ja terveysministeriöön. Ohjausyksikön resurssitarve on arviolta 6 htv:ta, joka edellyttäisi 4 htv:n ja 350 000 euron pysyvää resurssilisäystä sosiaali- ja terveysministeriöön 2016 alkaen.

Aluehallintovirastojen toimialuejakoa selvitetään erikseen siten kuin luvussa 6 todetaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa syntyvien sosiaali- ja terveysalueiden maantieteellisen sijoittumisen vaikutusta aluehallintovirastoihin arvioidaan tässä yhteydessä.

4.4 Vaikutukset kuntien asukkaisiin sekä asiakkaisiin ja potilaisiin

Lakiesityksen tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon laatua ja varmistaa asiakkaan ja potilaan oikeus hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä luoda edellytykset sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävälle ja yhdenvertaiselle saatavuudelle koko maassa ja toteuttaa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon integraatio sekä peruspalveluiden vahvistaminen. Uudistuksessa koetaan palvelujen järjestäminen ja tuottamisvastuu nykyistä harvempien ja suurempien organisaatioiden vastuulle. Suuremmilla organisaatioilla on nykyistä paremmat edellytykset arvioida eri väestö- ja asiakasryhmien palvelutarvetta ja suunnata voimavaroja väestön tarpeiden perusteella. Palvelutuotantoon suuremmat volyymit mahdollistavat palvelutuotannon alueellisten ja paikallisten vaihteluiden hallinnan. Tätä tukee palvelujen integraatio, perustason ja erityistason palvelut sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toteuttaminen saman johdon alaisina.

Järjestelmät, joissa palvelujen järjestämistä rahoitusvastuu on hajautunut monille alueellisille ja paikallisille tahoille, merkitsevät samalla säännönmukaisesti vaihtelua palvelujen resursoinneissa, tuotannon määrässä, saatavuudessa ja laadussa. Tämä johtaa sa-

malla siihen, että väestön yhdenvertaisuus ei toteudu parhaalla mahdollisella tavalla. Palvelujen saatavuudessa olevat ongelmat ja niihin liittyvät jonot ovat aiheuttaneet huolta ja tyytymättömyyttä palveluja tarvitsevien ja käyttävien keskuudessa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän vaikutusarvioinnin perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisintegraation voidaan odottaa tukevan yhdenvertaisten palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Edellytykset palvelujen paremmalle saatavuudelle ja yhdenvertaisuudelle paranevat laajemmissa rakenteissa. Esimerkiksi Parasuudistusta koskevissa selvityksissä on havaittu, että yhteistoiminta-alueilla palvelujen saatavuus on parantunut, etenkin pienissä kunnissa. Saatujen kokemusten ja THL:n tekemän vaikutusarvion perusteella voidaan arvioida, että palvelujen laatu ja saatavuus tulevat olemaan turvatummat kuin nyt voimassa olevan lainsäädännön mukaisessa rakenteessa. Etenkin pienten kuntien asukkaiden palvelut voidaan turvata nykyistä paremmin silloin kun palveluista vastaa taloudellisesti ja toiminnallisesti selvästi nykyistä kantokykyisempi organisaatio. Tätä tukee myös sosiaali- ja terveysalueiden vastuu yhtenäisistä toimintakäytännöistä alueella.

Palvelujen saavutettavuuden parantumista tukevat selvitykset siitä, että jo muodostetuilla uusilla yhteistoiminta-alueilla ja kuntaliitoskaupungeissa palveluverkkoa on supistettu lähinnä kaupunkien keskustoissa eikä reuna-alueilla. Tavoitteena ja tuloksena on tällöin ollut resurssien tasaisempi jako koko uudella alueella. Arttu-tutkimuksen perusteella yhteistoiminta-alueilla palvelut eivät ole etääntyneet käyttäjistä. Myöskään kunталиitoskunnissa ei ole ollut nähtävissä vahvaa palvelujen keskittämistä. Keskittämisen sijasta ja osin sen ohella on toteutettu runsaasti palvelujen hajauttamista. Tämä on toteutettu siten, että erityisosajien palveluja on viety alueellisiin palvelupisteisiin. Myös asiakkaiden ja potilaiden kotiin vietävät palvelut ovat kehittyneet yhä vaativamman hoidon ja hoidon suuntaan. Suuremmat järjestämistä ja tuottamisvastuiset organisaatiot pystyvät myös pieniä kuntia paremmin investoimaan uudenlaisten lähipalveluiden tuottamistapojen kehittämiseen pieniä kuntia paremmin.

Tällaisia ovat muun muassa sähköiset palvelut, virtuaalipalvelut ja liikkuvat palvelut. Samansuuntaisia kokemuksia on muun muassa Eksoten alueelta.

Yksittäistapauksissa palvelujen saavutettavuus, eli etäisyys palveluja antavaan toimipaikkaan, voi harvoin tarvittavissa palveluista vaikeutua, koska palvelujen saatavuuden varmistamiseksi niitä joudutaan keskittämään. Tältä osin voidaan kuitenkin arvioida, että vähenevän väestön alueilla tällainen kehitys olisi hyvin todennäköistä ilman muutostakin. Harvoin tarvittavien palvelujen keskittämisellä voidaan kuitenkin varmistaa palvelujen saatavuus pitkällä aikavälillä ja sitä kautta myös parempi saavutettavuus kuin mikä olisi mahdollista ilman uudistusta.

Paljon palveluita tarvitsevan asiakkaan palveluiden yhteensovittaminen paranee, kun yksi organisaatio vastaa koko palveluketjusta. Palvelu- ja hoitoketjujen parantuminen edellyttävät toiminnallisia muutoksia, joiden johtaminen on helpompaa yhden johdon ja budjetin alaisuudessa. Yhteisten tietojärjestelmien kehittyminen edistää myös palvelujen yhteentoimivuutta ja tiedonkulkua asiakkaan ja palvelunantajien kesken.

Ehdotettavassa järjestämislaissa säädetään uusista asukkaiden ja asiakkaiden osallisuuden ja vaikuttamisen mahdollisuuksista sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kuntien asukkaiden ja palvelujen käyttäjien sekä erityisryhmien kokemusten ja mielipiteiden kuuleminen sekä mukaan ottaminen palvelujen kehittämiseen parantavat palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja käytettävyyttä sekä edistävät palveluiden kehittymistä väestön tarpeiden mukaisesti.

Myös kielelliset oikeudet tulisivat toteutettavaksi laajemmalla alueella. Jos sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymässä on yksikin ruotsin- tai kaksikielinen kunta, niin koko alueella hallinnolliset päätökset olisi tehtävä asiakkaan tai potilaan äidinkielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi. Samoin erikielisiä tai kaksikielisiä kuntien käsittävän tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on annettava sosiaali- ja terveyspalveluja sekä suomeksi että ruotsiksi.

Uudistuksen vaikutukset kohdistuvat lähikohtaisesti samanlaisina molempiin sukupuoliin. Tutkimusten mukaan miehet käyttä-

vät naisia vähemmän terveyspalveluja ja ja väestötasolla heidän terveytensä on naisia huonompi esimerkiksi odotettavissa olevalla eliniällä mitattuna. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeiden arviointi ja palvelutarjonnan suuntaaminen sen mukaisesti voi luoda uusia mahdollisuuksia sukupuolten välisen tasavertaisuuden edistämiseen palveluiden käytössä ja terveydessä.

4.5 Palvelujen tuotanto

Uudistuksessa ei muuteta säännöksiä jotka koskevat palvelujen tuotantoa. Tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä voi edelleenkin tuottaa palvelut itse, toteuttaa niitä yhteistyössä muiden kuntayhtymien kanssa, olla mukana kuntayhtymissä tai ostaa palveluja yksityisiltä tai kolmannen sektorin palvelujen tuottajilta. Samoin palvelusetelin käyttö on mahdollista samoin perustein kuin aiemminkin.

Uudistus tarjoaa nykyistä parempia mahdollisuuksia siihen, että yksityinen palvelutuotanto täydentää julkista palvelutuotantoa suunnitelmallisesti ja väestön tarpeisiin vastaten suuremmilla maantieteellisillä alueilla.

Entistä suuremmat hankintayksiköt mahdollistavat tarvittaessa nykyistä laadukkaamman palvelujen ostamisen. Suurempiin yksiköihin syntyy parempaa ymmärrystä väestön palvelutarpeista ja aikaisempaa parempaa hankintaosaamista, mikä mahdollistaa hankintakokonaisuuden suunnittelun laajem-malle väestöpohjalle, pienten asiakasryhmien tarpeiden täsmällisemmän arvioinnin sekä aiempaa tarkoituksenmukaisempien ja pienempien palvelukokonaisuuksin kilpailuttamisen. Tällöin myös pienillä yrityksillä ja järjestöillä on mahdollisuus osallistua kilpailutuksiin sekä tarjota entistä erikoistuneempia palveluita tietyille asiakasryhmäl-le.

Järjestämisvastuun siirtymisellä nykyistä suuremmille organisaatioille voi kuitenkin olla tosiasiallisia vaikutuksia palvelutuotantoon. Paras-uudistuksen myötä syntyneet laajemmat yhteistoiminta-alueet ovat paikoitelleen johtaneet siihen, että aiemmin yksittäisten kuntien ostopalveluna toteuttamia palveluja on palautettu yhteistoiminta-alueen omaksi toiminnaksi. Perusteluna on ollut

muun muassa oman toiminnan parempi hallittavuus ja parempi kytkeytyminen muihin palveluihin. Väestöpohjan laajeneminen mahdollistaa lisäksi pienten asiakasryhmien palvelut omana tuotantona.

Paras-uudistuksen aikana alkanut järjestämis- ja tuottamisvastuun eriytyminen on alkanut muokata sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista ja strategista suunnittelua, koska tuottamisesta irrotettu järjestämisvastuu sekä asiakkaan palvelukokonaisuuteen perustuva organisoitumistapa korostavat kokonaisvastuuta väestön palvelutarpeisiin vastaamisessa osaoptimoinnin sijasta.

Hankintalainsäädäntö

Sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvat kunnat päättävät yhteisesti palvelujen tuottamisen periaatteista ja laajuudesta. Sosiaali- ja terveysalue päättää tuottamisvastuun antamisesta sellaiselle kuntayhtymälle, joka täyttää laissa säädetyt kriteerit. Laissa tehtävä määrätään viranomaisten omana työnä tehtäväksi. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntayhtymillä on palvelujen tuottamisvastuu sen mukaan, mitä sosiaali- ja terveysalueen järjestämis päätöksessä on päätetty. Sosiaali- ja terveysalue ei voi päättää tuottamisvastuun piiriin kuuluvien tehtävien antamisesta muille tahoille kuin lain kriteerit täyttävälle kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysalueelle on annettu mahdollisuus päättää palvelun tuottajat, mutta valinnanmahdollisuus on rajattu lailla vain tiukat kriteerit täyttäviin julkisiin palveluntuottajiin. Näissä tilanteissa sosiaali- ja terveysalue ei voi myöskään tehdä hankintasopimusta tehtävien hoitamisesta yksityisten yhteisöjen kanssa. Lain perusteella sovittava työnjako ja yhteistoimintasuhde sosiaali- ja terveysalueen sekä alueen kuntien välillä ei ole hankintaa, johon tulisi soveltaa julkisista hankinnoista annetun lain mukaista kilpailutamisvelvoitetta. Järjestämis päätös on siis luonteeltaan sosiaali- ja terveysalueen sisäistä hallinnon järjestämistä, eikä kyse ole yksityisoikeudellisesta sopimuksesta.

Uuden hankintadirektiivin 12 artiklan 3 kohdan mukaisessa horisontaalisessa yhteistyömallissa palvelua tuottavat tahot osallistuvat yhteistyöhön keskenään samanarvoisina, eli yhteistyön on perustuttava yhteistoimin-

nan käsitteeseen. Horisontaalisen yhteistyön tavoitteena on varmistaa, että julkiset palvelut, jotka viranomaisten on suoritettava, tarjotaan niiden yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Järjestämis lain mukaisissa tuottamisvastuun alaisissa tehtävissä kuntayhtymillä ei ole pelkästään viimesijainen vastuu palveluiden tuottamisesta, vaan myös velvoite ja vastuu muun muassa palveluiden laadusta, seurannasta sekä viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä. Näiden lisäksi yhteistoimintaan sosiaali- ja terveysalueen jäsenenä osallistuva kunta vastaa myös palveluiden rahoituksesta. Järjestämis päätöstä edeltävissä neuvotteluissa sovitaan viranomaisten vastuulla olevien viranomaistehtävien hoitamisesta yhteistyössä yhteisten julkisen edun mukaisten tavoitteiden mukaisesti.

Horisontaalisen yhteistyön edellytyksenä on, että tehtävä liittyy yleiseen etuun ja sillä tavoitellaan vain yleisen edun mukaisen tarpeen tyydyttämistä. Perustuslain 124 §:n mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksen mukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Lakisääteiset palvelut ovat luonteeltaan sellaisia, joissa on käsillä yleisen edun mukaisten tarpeiden tyydyttäminen. Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän tulee toteuttaa sosiaali- ja terveyspalvelut lain perusteella ja palveluiden saaminen on säädetty laissa kunnan asukkaiden oikeudeksi. Lisäksi kunnille lailla annettujen tehtävien tulee jo lähtökohtaisesti olla sellaisia, että niiden antaminen on ollut perusteltua juuri sellaisille verovaroin rahoitetuille julkisyhteisöille kuten kunnille. Näin ollen sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät täyttävät yleiseen etuun liittyvän tehtävän suorittamista koskevan edellytyksen.

Tämän lakiehdotuksen säännökset järjestämis- ja tuottamisvastuun sisällöstä ovat sellaisia, että sosiaali- ja terveysalueella sekä alueen kunnilla ja kuntayhtymillä on yhteisiä yleishyödyllisiä tehtäviä, jotka niiden on suoritettava yhteistyössä ja joiden toteuttamista voista sovitaan järjestämis päätöksessä. Yhteistyön tavoitteena on varmistaa, että palvelut tarjotaan yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Kaikki sosiaali- ja terveysalueen

kunnat ovat mukana yhteistyössä ja toteuttavat yhteistyön tavoitteita, vaikkakin tehtävät ovat keskenään erilaisia. Kunta osallistuu palvelujen toteuttamiseen myös niitä rahoittamalla. Tarkasteltaessa järjestelyn tarkoitusta ja luonnetta on otettava huomioon, että kuntayhtymät eivät voi päättää ottaa hoidettavakseen tehtäviä itsenäisesti, vaan palvelujen tuottamisen periaatteista ja laajuudesta on yhteisesti sovittava. Vaikka sosiaali- ja terveysalue päättääkin tuottamisvastuun antamisesta kuntayhtymälle, on kyse yhteistyöstä ja sitoutumisesta tekemään oma osansa sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisesta yhteistoiminnassa.

4.6 Henkilöstövaikutukset

Kunnallisen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tehtävissä ja organisaatioissa nyt työskentelevät henkilöt siirtyvät ehdotetun voimaantulon perusteella uusien tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien palvelukseen vanhoina työntekijöinä. Koska henkilöstön siirrot tapahtuvat kunnallisten organisaatioiden välillä, niillä ei myöskään ole vaikutusta henkilöstön eläke-etuuksiin. Henkilöstö kuuluu jatkossakin kunnallisen eläkejärjestelmän piiriin.

Uudistuksen myötä syntyvät uudet tuottamisvastuussa olevat kunnalliset organisaatiot ovat lähtökohtaisesti nykyistä suurempia. Samalla niiden palveluksessa olevan henkilöstön määrä on suurempi kuin nykyisissä organisaatioissa. Uusissa organisaatioissa toteutuu myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon sekä peruspalvelujen ja erityistason integraatio. Tämä antaa henkilöstölle uusia mahdollisuuksia ammattitaidon ylläpitoon ja kehittämiseen, työkiertoon sekä erilaisiin työntekijän jaksamista edesauttaviin järjestelyihin. Etenkin pieniin kuntiin ja yhteistointialueisiin verrattuna suuremmissa organisaatioissa voidaan myös varmistaa tarvittavat sijaisjärjestelyt erilaisissa, myös yllättäen eteen tulevissa tilanteissa. Samalla näin voidaan huolehtia, että työssä olevien henkilöiden työraus ei kasva kohtuuttomaksi. Nykyistä suuremmat organisaatiot mahdollistavat monissa tapauksissa myös henkilöstön työskentelyn aikaisempaa täysipainoisemmin nimenomaan omaa ammattitaitoa vastaavissa

tehtävissä. Se on tärkeää etenkin tilanteessa, jossa muun muassa väestön ikääntyminen on johtamassa palvelutarpeen lisääntymiseen. Henkilöstön voidessa keskittyä ammattitaitonsa mukaisiin tehtäviin, pystytään palvelutarpeen kasvuunkin vastaamaan käytettävissä olevalla henkilöstöllä.

Uudistuksessa ei ehdoteta tuottamisvastuussa oleviin kuntayhtymiin siirtyvälle henkilöstölle samanlaista irtisanomissuojaa, joka on säädetty kuntarakennelaisissa liitoskuntien viranhaltijoille ja työntekijöille. Kuntarakennelain 29 §:n perusteella henkilöstön työnantajan vaihtuessa kuntajaon muutoksen perusteella, työnantajalla ei ole oikeutta irtisanoa viiden vuoden aikana kuntajaon muutoksen voimaantulosta. Säännös on ollut voimassa määräaikaisena ensin vuosina 2008 – 2013 ja sittemmin vuosina 2013–2021. Vastaava säännös on koskenut myös parasuudistuksessa toteutettuja järjestelyjä.

Irtisanomissuoja on katsottu uudistuksen yhteydessä tarpeettomaksi koska etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa toimivista ammattihenkilöistä on monin paikoin pulaa. Lisäksi mahdollinen irtisanomissuoja tarkoittaisi, että tuottamisvastuussa oleviin kuntayhtymiin siirtyviä henkilöstä olisi paremmassa asemassa kuin yksittäisissä kunnissa hallintotehtävissä työskentelevä henkilöstö, jonka määrälliseen tarpeeseen uudistus voi myös vaikuttaa.

Jos uudistuksen jälkeen on tarpeen toteuttaa palvelujen järjestämisen ja tuottamisen kannalta välttämättömiä uudelleen järjestelyjä, joilla on vaikutusta henkilöstötarpeeseen, on mahdolliset järjestelyt toteutettava siten kuin työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta kunnissa annetussa laissa (449/2007) säädetään. Tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien työntekijöihin ja virkamiehiin sovelletaan lisäksi työsopimuslakia (55/2001) ja kunnallisesta viranhaltijasta annettua lakia (304/2003).

4.7 Uudistuksen vaikutusten seuranta

Uudistus on hyvin laaja ja koskee koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Sen kaikkien talouteen, hallintoon sekä väestön asemaan ja palveluihin kohdistuvien vaikutusten ennakoiminen on mahdotonta. Vaikutukset riip-

puvat olennaisesti siitä, miten sosiaali- ja terveysalueet sekä tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät toteuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon. Siksi on olennaista seurata ja tutkia uudistuksen odotettuja ja odottamattomia vaikutuksia sosiaali- ja terveysalueilla ja kansallisesti. Tätä varten rakennetaan kansallinen seurantajärjestelmä, joka mahdollistaa uudistuksen vaikutusten arvioinnin kokonaan tasolla sekä sosiaali- ja terveysalueilla ja tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä. Seuranta toteutetaan siten, että se mahdollista samalla eri alueiden välisen vertailun.

5 Asian valmistelu

5.1 Valmisteluvaiheet

Hallitusohjelman 22.6.2011 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 terveysalueiden yhteisiä tehtäviä varten on viisi erityisvastuualuetta (erva). Erityisvastuualueen tehtäviin kuuluvat muun muassa vaativat keskittävät terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut sekä tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyviä tehtäviä.

Hallitusohjelman kirjaukseen perustuen sosiaali- ja terveysministeriö asetti 23 päivänä maaliskuuta 2012 työryhmän valmistelemaan esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi. Työryhmä luovutti ehdotuksensa 11 päivänä tammikuuta 2013 (STM raportteja ja muistioita 2012:30). Lisäksi ministeriö asetti palvelurakennemuutoksen tueksi selvityshenkilötyöryhmän 27 päivänä marraskuuta 2012. Selvityshenkilötyöryhmän tehtävänä oli yhteistyössä kentän toimijoiden kanssa tukea palvelurakennemuutoksen valmistelua selvittämällä alueellisesti parhaita sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisuja. Selvityshenkilöryhmä luovutti ehdotuksensa ministeriölle 19 päivänä maaliskuuta 2013 (STM raportteja ja muistioita 2013:7).

Hallitus sopi 21 päivänä maaliskuuta 2013 valtioneuvoston kehyksistä vuosille 2014 – 2017. Kehyspäätöksen 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 terveystalvet järjestetään pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Vastuukuntamallin perusteista säädetään kuntalaissa. Vastuukuntina voivat toimia maakuntien keskuskaupungit ja luontaisiin työssäkäyntialueisiin perustuvat vahvat kunnat, joilla on riittävä kantokyky.

Kehyspäätökseen perustuen sosiaali- ja terveysministeriö asetti 4 päivänä huhtikuuta 2013 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän. Valmisteluryhmän tehtävänä oli valmistella hallituksen esityksen muotoon laadittu ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislainsiksi, joka sisältää kuntauudistuksen edellyttämät välttämättömät säännökset sosiaali- ja terveystalvet järjestämisestä ja rahoittamisesta.

Huhtikuussa 2013 asetetun koordinaatio-ryhmän tehtävänä oli laatia kehyspäätökseen perustuvat tarkemmat linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen perusratkaisuiksi. Koordinaatio-ryhmä luovutti pääministerille linjauksensa perusratkaisuista 8 päivänä toukokuuta 2013.

Sosiaali- ja terveysministeriön valmisteluryhmä laatima väliraportti valmistui 27 päivänä kesäkuuta 2013 (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:15). Siinä oli kehysriihipäätöksen ja koordinaatio-ryhmän linjausten pohjalta laadittu tarkempi kuvaus toteutettavasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteesta. Väliraportista pyydettiin lausunnot kaikilta kunnilta ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiltä sekä useilta muilta tahoilta.

Valmisteluryhmä luovutti ehdotuksensa hallituksen esitykseksi eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislainsiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi peruspalveluministeri Susanna Huoviselle 19 päivänä joulukuuta 2013. Valmisteluryhmän laatimasta luonnoksesta hallituksen esitykseksi, jota täydennettiin eräin osin sosiaali- ja terveysministeriössä virkatyönä tehdyn jatkovalmistelun perusteella, pyydettiin lausunnot

kaikilta kunnilta ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiltä tammikuussa 2014. Lausuntoja saatiin 446 kappaletta.

Eduskuntapuolueet pääsivät sopimukseen sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksen linjauksista 23 päivänä maaliskuuta 2014. Linjauksen mukaan viisi vahvaa sosiaali- ja terveysaluetta järjestää kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut. Uudistuksen lähtökohtana on täydellinen sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio. Kunnat ovat jatkossakin mukana palvelujen tuottamisessa.

Uudistuksen jatkovalmistelua varten asetettiin parlamentaarinen ohjausryhmä, jonka tukena toimi asiantuntijaryhmä. Parlamentaarinen ohjausryhmä valmisteli esityksen laiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Uudessa mallissa on erotettu palvelujen järjestäminen ja niiden tuottaminen toisistaan. Järjestämisvastuu tulee olemaan viidellä sosiaali- ja terveysalueella. Sen tulee laatia järjestämisspätös joka neljäs vuosi. Järjestämisspätöksessä määritellään tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät sekä niiden tehtävät, rahoituksen ja voimavarojen kohdentaminen, palvelurakenne ja periaatteet muualta hankittaville palveluille (ostopalveluille), sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu- ja palvelutaso, yhtenäiset käytännöt ja kielellisten oikeuksien toteuttaminen. Palvelujen tuottamisvastuu on kuntayhtymällä. Tuottamisvastuun edellytykset määritellään uudessa laissa. Lisäksi valtioon ohjausta vahvistetaan.

Uudistukselle asetettiin erillinen asiantuntijaryhmä. Esitysluonnoksen valmisteluvaiheessa on myös järjestetty kuulemistilaisuuksia kuntien sekä muiden tahojen edustajille.

Lakiluonnoksen suhdetta perustuslakiin ja hankintasääntöksiin on selvittänyt sosiaali- ja terveysministeriön, oikeusministeriön, valtiovarainministeriön, Työ- ja elinkeinoministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Kuntaliiton edustajista koostunut ryhmä. Se on lisäksi kuullu valtiosääntökysymyksiin perehtyneitä asiantuntijoita.

Uudistuksen taloudellisia vaikutuksia on selvitetty yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, valtiovarainministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kuntaliiton kanssa.

Valmisteluun liittyen on myös järjestetty alue- ja kuntakierros, jonka yhteydessä on

selvitetty uudistuksen tavoitteita ja lakiehdotuksen sisältöä sekä kerätty tilaisuuksien osanottajien antamaa palautetta valmistelun tueksi.

5.2 Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen

Luonnoksesta hallituksen esitykseksi pyydettiin lausunnot kaikilta kunnilta ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiltä. Lisäksi esitysluonnoksesta pyydettiin lausunnot eräiltä ministeriöiltä ja valtion viranomaisilta sekä useilta muilta tahoilta, kuten työntekijöitä edustavilta ammattijärjestöiltä. Lausuntopyyntöön liitettyyn esitysluonnokseen ei sisällynyt arvioita uudistuksen vaikutuksista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvitys ehdotetun uudistuksen yleisistä vaikutuksista valmistui lausuntokierroksen aikana ja se toimitettiin kaikille lausuntopyyntön saajille. Laskelmat uudistuksen vaikutuksista valmistuivat vasta lausuntokierroksen jälkeen, eikä kunnilla ole ollut mahdollisuutta ottaa niitä huomioon lausuntoja antaessaan.

Lausuntoja annettiin määräajassa yhteensä 526. Näiden lisäksi määräajan päättymisen jälkeen ministeriöön toimitettiin joitain lausuntoja.

Määräaikaan mennessä lausunnon antaneista oli kuntia 295, kuntayhtymiä 56, valtion viranomaisia 28, järjestöjä 96 ja muita toimijoita 51.

Viidelle järjestämisvastuulliselle alueelle pohjautuvaa mallia kannatettiin laajasti lausunnoissa. Sosiaali- ja terveydenhuoltouudistus ja erityisesti palvelujen horisontaalinen sekä vertikaalinen integraatio nähtiin tärkeiksi palvelujen kehittämisen ja kustannustehokkuuden saavuttamisen välineiksi. Lausunnoissa tuotiin kuitenkin esiin runsaasti ehdotuksia lakiluonnoksen muuttamiseksi tai täydentämiseksi.

Kuntien lausunnoissa otettiin eniten kantaa esityksen taloudellisiin vaikutuksiin, rahoitukseen ja kuntien väliseen kustannusten jakoon. Hallituksen esitysluonnoksen mukaista rahoitusmallia pidettiin monimutkaisena, ja siihen toivottiin selkeyttä. Rahoitusmallin on toivottu sisältävän elementtejä, jotka kannustaisivat tehokkuuteen, kustannusten hallintaan ja ennaltaehkäisyyn. Rahoitusmallin toi-

votaan lisäksi olevan oikeudenmukainen kuntien välillä ja kuntien toiveena on, etteivät kuntien maksuosuudet nousisi merkittävästi nykyisestä. Useissa lausunnoissa todettiin, että lopullisen rahoitusmallin tulisi olla selvillä ennen sosiaali- ja terveysalueiden ja tuottamisvastuullisten kuntayhtymien perussopimusten laatimista.

Erityisesti pienissä kunnissa suurien kuntayhtymien nähdään heikentävän kuntien vaikutusmahdollisuuksia päätöksenteossa. Tämä koetaan haastavaksi erityisesti siksi, että kunnat rahoittavat myös uudistuksen jälkeen sosiaali- ja terveyspalvelut. Pienet kunnat näkevät myös perus- ja lähipalvelujen kehittämisen uudistuksessa keskeiseksi asiaksi. Useissa pienten kuntien lausunnoissa pelättiin palvelujen keskittymistä ja toivottiin lähipalvelusäännöstä tarkennettavan.

Keskisuuret ja isot kunnat sekä kuntayhtymät toivoivat, että tuottamisvastuun käsite määriteltäisiin lakiluonnosta selkeämmin. Ne toivovat myös, että tuottamisvastuun määrittelyssä voitaisiin mahdollistaa paikallinen harkinta ja monipuoliset tuotantorakenteet. Eri toimijoiden, kuten suurten kaupunkien ja yliopistosairaaloiden, roolin ja mahdollisuuksien toivottiin ilmenevän tuottamisvastuusäännöksestä tai lakiluonnoksesta ylipäänsä paremmin.

Myös hallituksen esitysluonnoksen vaikutusarviointeja kommentoitiin paljon. Monet lausujat kokivat lakiluonnoksen kommentoinnin osittain haasteelliseksi, koska käytössä ei ole ollut luotettavaa tietoa uudistuksen taloudellisista vaikutuksista. Myös muiden arviointien puuttumista kritisoitiin.

Uudistuksen toimeenpanoa ja voimaantulon koskevista kommentteista kunnat nostivat esiin erityisesti uudistuksen aikataulun. Kuntien näkemyksen mukaan esityksen mukainen aikataulu on liian kireä muutoksen suuruuteen nähden. Kuntien huolena on, että esitetty aikataulu ei mahdollista uudistuksen riittävän huolellista valmistelua. Kiireisen aikataulun nähtiin hankaloittavan uusien organisaatioiden muodostamista ja toiminnan kehittämistä jatkossa. Lisäksi kuntien näkemyksen mukaan lakiluonnoksessa esitetty muutostuki ei ole riittävä.

Lausunnot on otettu huomioon hallituksen esityksen jatkovalmistelussa. Lausunnot ovat

vaikuttaneet erityisesti tuottamisvastuuta ja rahoitusta koskeviin säännöksiin. Niitä on selkeytetty ja muokattu lausuntojen perusteella. Lisäksi lausuntoja on hyödynnetty muutoinkin laajasti muun muassa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ohjausta ja kehittämistä sekä suunnittelua koskevien säännösten jatkovalmistelussa.

6 Riippuvuus muista esityksistä

Tämän lain mukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja tuottaminen kuuluu kuntayhtymille. Niiden toimintaan ja hallintoon sovelletaan kuntalakia, jollei järjestämislaissa ole erikseen toisin säädetty. Kuntalain uudistus on parhaillaan eduskunnan käsiteltävänä (HE 268/2014 vp). Tämän esityksen mukaisessa järjestämislaissa on useita viittauksia kuntalakiin. Viittaukset on tehty voimassa olevaan kuntalakiin. Jos eduskunta hyväksyy uuden kuntalain, on järjestämislaissa olevat viittaukset kuntalakiin muutettava vastaamaan ehdotettua uutta kuntalakia.

Esitykseen sisältyy 4. lakina ehdotus laiksi eräiden kumotusta sosiaalihuoltolaista voimaan jätettyjen säännösten kumoamisesta. Ehdotuksessa on otettu huomioon hallituksen esitys 164/2014 vp. ja eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan siitä antama mietintö 27/2014 vp.

Sosiaali- ja terveysalueiden palvelurakenteen, toiminnan ja niiden järjestämien palvelujen lainmukaisuuden valvonta ja siihen liittyvä ohjaus kuuluisi aluehallintovirastolle toimialueellaan. Nykyinen kuuden aluehallintoviraston toimialuejako ei vastaa viiden sosiaali- ja terveysalueen toimialuejakoa, mistä johtuen nykyisellä aluehallintovirastojen toimialuejaolla sosiaali- ja terveysalueeseen voisi kohdistua usean aluehallintoviraston valvontaa ja ohjausta. Riskinä tällöin on valvonnan ja ohjauksen pirstaloituminen ja päällekkäisyys. Aluehallintovirastojen nykyisestä toimialuejaosta ja siihen perustuvasta toimivallasta sosiaali- ja terveysalueiden valvonnalle aiheutuvat ongelmat on tarkoitus ratkaista aluehallintovirastojen virastorakennetta koskevillä muutoksilla, jotka ensi vaiheessa valmistellaan valtiovarainministeriön asettamassa valtion keskus- ja aluehallinnon selvityshankkeessa (VIRSU-hanke). VIRSU-

hankkeen toimikausi päättyy 31 päivänä joulukuuta 2014. Aluehallintovirastojen virastorakennetta koskevien muutosten on tarkoitus

tulla voimaan samanaikaisesti ehdotetun lain kanssa 1 päivänä tammikuuta 2017.

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 sekä väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen vähentäminen. 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 hoitoon pääsulle ja sille, että koko maassa on saatavilla riittävästi ja yhdenvertaisesti palveluja sekä palveluja tarvitsevien ihmisten tarpeet ja niissä tapahtuvat muutokset huomioon ottava palvelurakenne. Samalla palvelurakenteen tulee olla vaikuttava ja kustannustehokas siten, että käytävissä olevilla voimavaroilla pystytään kantamaan vastuu erityislakien mukaisesti 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. Tämä koskee sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon horisontaalista integraatiota että perustason ja erikoistason, kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vertikaalista integraatiota.

2 §. *Soveltamisala.* Pykälässä säädetään lain soveltamisalasta. Lakia sovelletaan kun-

nallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, tuottamiseen, 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 39 ja 43 §:ssä säädetään kuitenkin terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen liittyvistä koulutuskorvauksista. Niitä voidaan maksaa myös Ahvenanmaan maakunnan terveydenhuollon toimintayksiköille. Tämän vuoksi pykälän 3 momentissa todetaan, että lain 39 ja 43 §:iä sovelletaan myös Ahvenanmaan maakunnassa suoritettavaan koulutukseen.

3 §. *Määritelmät.* Pykälässä määritellään laissa käytettävät sosiaali- ja terveysalueen, sosiaali- ja terveyspalvelun ja tuottamisvastuun käsitteet.

Pykälän 1 kohdassa määritellään sosiaali- ja terveysalue. Sillä tarkoitetaan laissa kuntayhtymää, jolla on säädetävän lain mukainen järjestämisvastuu julkisesta sosiaali- ja

terveydenhuollosta sekä siihen liittyvistä tehtävistä ja palveluista. Lisäksi sillä tarkoitetaan sitä maantieteellistä aluetta, joka muodostuu sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymään kuuluvista kunnista.

Kohdassa 2 määritellään sosiaali- ja terveyspalvelut siten, että siihen sisältyvät kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät ja palvelut sekä myös hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen siltä osin kuin ne kuuluvat sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä vastuulle. Laissa käytettävän sosiaali- ja terveyspalvelun käsitteeseen kuuluu siten myös muita tehtäviä ja toimintoja kuin palveluja. Lakitekstin luettavuuden vuoksi ehdotetaan kuitenkin, että laissa käytetään määritelmän mukaista sosiaali- ja terveyspalvelu -käsitettä myös silloin, kun on kysymys myös sosiaalihuoltoon tai terveydenhuoltoon liittyvistä tehtävistä ja toiminnoista, jotka eivät ole palveluja.

Kohdassa 3 määritellään tuottamisvastuu. Sillä tarkoitetaan kuntayhtymän velvollisuutta tuottaa sosiaali- ja terveystalouden järjestämispäätöksen mukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Tuottamisvastuuseen sisältyy myös palvelujen toteuttamiseen liittyvän julkisen vallan käyttö.

Tuottamisvastuu on rajoitetumpi kuin lain 11 §:ssä erikseen määritelty järjestämistä vastuu. Tuottamisvastuu velvoittaa kuntayhtymän toteuttamaan sosiaali- ja terveyspalvelut järjestämispäätöksen mukaisesti siten ja siinä laajuudessa, kuin niistä on tarkemmin sovittu sosiaali- ja terveystalouden kanssa tehdyssä tulossopimuksessa. Tuottamisvastuu ei siten automaattisesti velvoita huolehtimaan kaikista lakisääteisistä sosiaali- ja terveyspalveluista.

Lisäksi voidaan todeta, että viimekätinen oikeudellinen vastuu lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutumisesta on järjestämistä vastuussa olevalla sosiaali- ja terveystaloudella. Sen vastuulla on huolehtia myös siitä, että tuottamisvastuussa olevalla kunnalla on riittävä rahoitus järjestämispäätöksen ja tulossopimuksen mukaisten palvelujen toteuttamiseksi.

4 §. Sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat. Pykälän perusteella sosiaali- ja terveystaloudella sekä tuottamisvastuussa olevilla kuntayhtymillä on oltava riittävästi voimavaroja hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen

sekä sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisten tehtävien ja palvelujen hoitamiseen. Tuottamisvastuussa olevan tahon on myös huolehdittava, että sosiaali- ja terveyspalveluja toteutettaessa käytettävissä 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 tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä käyttää palvelutuotannossaan. Tämän mukaisesti 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 sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestettävä kuntien asukkaille yhdenvertaisesti. Kukin sosiaali- ja terveystalouden vastaa omalta osaltaan yhdenvertaisuuden toteutumisesta.

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 lähellä asukkaita. Järjestämistä vastuussa olevien sosiaali- ja terveystalouksien ja tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien tulee tämän mukaisesti huolehtia lähipalvelujen asianmukaisesta toteuttamisesta. Lähipalvelut ovat merkityksellisiä erityisesti paljon ja usein palveluja tarvitseville henkilöille, joiden on lisäksi vaikea hakeutua etäällä oleviin palveluihin.

Lähipalvelut ovat palveluja, joita väestö käyttää usein ja ainakin osa väestöstä käyttää niitä toistuvasti, jopa päivittäin. Myös harvoin tarvittavat ja keskitetysti tuotetut palvelut voivat olla asiakkaan luokse tai lähelle tuotavia lähipalveluja. Asiakkaan näkökulmasta lähipalvelut ovat saavutettavissa esimerkiksi kotiin tarjottavina palveluina, sähköisinä palveluina, lähellä jokapäiväistä elinympäristöä tarjottavina palveluina ja liikuvina palveluina. Lähellä tarjottavat palvelut voivat sisältää myös erityisosaamista

edellyttäviä palveluita, jotka jalkautetaan vaikka niiden fyysinen toimipiste saattaa olla keskitetty. Olennaista ei ole fyysisen toimipisteen sijaitseminen.

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. Keskittämällä voidaan varmistaa palvelujen hyvä laatu ja turvallisuus sekä myös taloudellisesti järkevä ja kustannustehokas toteuttaminen. Tarkoituksenmukainen keskittäminen voi myös mahdollistaa sen, että palveluja on saatavissa yhdenvertaisesti eri puolilla maata.

Säännöksen mukaan palveluja saa keskitellä vain, jos siihen on lainkohdassa nimenomaisesti todetut perusteet. Ensimmäinen peruste liittyy palvelujen saatavuuden ja laadun turvaamiseen. Keskittäminen on mahdollista, jos saatavuus ja laatu edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja. Toisessa keskittämisperusteessa edellytetään täyttyvän sekä palvelujen tarkoituksenmukaisen toteutuksen että kustannustehokkuuden vaatimukset.

Palveluja toteutettaessa on myös edistettävä esteettömyyttä. Tästä säädetään pykälän 2 momentissa. Palvelujen toteuttaminen esteettömästi mahdollistaa kaikille palveluja tarvitseville palvelujen piiriin pääsyn ja mahdollisuuden käyttää niitä toimintakyvyn tai terveyden sitä estämättä. Esteetön ympäristö mahdollistaa muun muassa itsenäisen asioimisen monille sellaisille henkilöille, jotka huonosti toimivassa ympäristössä olisivat toisten avun varassa. Esteettömyydessä on kyse periaatteesta, jonka mukaan rakennetun ympäristön, palvelujen ja viestinnän on oltava 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 asiointia ja siirtymistä paikasta toiseen.

YK:n vammaissopimus, kasvava vanhusväestö sekä tästä seuraava pienempi määrä henkilöstöä suhteessa apua tarvitseviin edellyttävät esteettömyyden huomioon ottamista kaiken palvelusuunnittelun lähtökohtana.

6 §. Järjestämis- ja tuottamisvastuun henkilöllinen soveltamisala. Ehdotettavassa pykälässä säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja tuottamisvastuun henkilöllisestä soveltamisalasta. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin järjestämisvastuun henkilöllisestä soveltamisalasta. Sosiaali- ja terveysalueille säädetään velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut alueellaan henkilöille, joilla on kotikuntalainen (201/1994) mukainen kotikunta sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvassa kunnassa. Järjestämisvastuun henkilöllinen soveltamisala määriteltäisiin siis henkilön kotikunnan perusteella. Järjestämisvastuuseen kuuluu, että sosiaali- ja terveysalueen väestöllä on lain turvaamalla tavalla tarpeenmukaisia palveluja saatavilla.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin tuottamisvastuun henkilöllisestä soveltamisalasta. Kuntayhtymien tehtäväksi on säädetty velvollisuus tuottaa sosiaali- ja terveysalueen järjestämissä päätöksen mukaiset lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Tuottamisvastuun samoin kuin järjestämisvastuun henkilöllinen soveltamisala määriteltäisiin pykälässä henkilön kotikunnan perusteella. Kunnan asukkaalla olisi oikeus saada tuottamisvastuussa olevalta kuntayhtymältä näiden vastuulla olevat ehkäisevät, korjaavat ja hoitavat, kuntouttavat sekä muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhtenäisenä kokonaisuutena.

Pykälän 3 momentissa todetaan, että myös sellaisilla sosiaali- ja terveysalueella 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. Tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä, jossa oppilaitos sijaitsee, on velvollinen järjestämään opiskeluterveydenhuollon palvelut kaikille oppilaitoksen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Vastaavasti työterveyshuollon palveluja on järjestettävä kuntayhtymän alueella sijaitsevista työpaikoissa työskenteleville työntekijöille sekä yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville. Lastensuojelulain 16 b

§:ssä puolestaan säädetään velvollisuudesta järjestää palveluja kuntaan sijoitetulle lapselle. Näiden lisäksi EU-lainsäädäntöön sisältyy velvoitteita, joiden perusteella lähinnä terveydenhuollon palveluja on annettava säännöksen tarkoittamille henkilöille.

7 §. 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, saamelaisten 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 terveysalueella 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 kuuluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä henkilön oikeudesta tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä. Kielilain mukaan viranomaisen on oma-aloitteisesti huolehdittava siitä että yksityishenkilön kielelliset oikeudet toteutuvat käytännössä. Palveluja järjestettäessä toiminta on suunniteltava niin että kielilain säännöstä noudatetaan.

Vaikka alue olisi yksikielinen, asiakkaalla ja potilaalla on oikeus käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuuluksi 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 saamelaisten kotiseutualueetta. Kotiseutualueesta on säädetty saamelaiskäräjistä annetun lain (974/1995) 4 §:ssä. Alueeseen kuuluvat Enontekiön, Inarin ja Utsjoen kunnat sekä osa Sodankylän alueesta.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin asiakkaan ja potilaan osallistumisen turvaamisesta

tilanteissa, joissa asiakkaalla tai potilaalla ja henkilöstöllä ei ole yhteistä kieltä tai henkilö ei aisti- tai puhevamman tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärrettyksi. Tällaisissa tilanteissa olisi huolehdittava siitä, että henkilö saa riittävän käsityksen asiansa sisällöstä ja merkityksestä ja voi ilmaista mielipiteensä. Säännöksessä ei täsmennettäisi millä keinoin ymmärtämisestä tulisi huolehtia. Jos tulkkia ei olisi mahdollista saada paikalle, tulisi ymmärtämisestä huolehtia muilla tavoin. Säännös vastaisi asiallisesti voimassa olevaa sosiaalihuollon asiakaslain 5 §:n 3 momenttia ja potilaslain 5 §:n 2 momenttia.

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). Tulkkauspalvelulakia sovelletaan, jos viittomakieltä käyttävä henkilö ei saa muun lain nojalla riittävää ja hänelle sopivaa tulkkausta muun lain nojalla. Lisäksi lainkohdassa todetaan, että jos on kysymys asiasta, joka voi tulla vireille viranomaisen aloitteesta, tulkitsemisesta ja kääntämisestä on huolehdittava siten kuin hallintolain 26 §:ssä säädetään.

Pykälän 4 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.

8 §. 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, liikennejärjest-

lyihin sekä moniin muihin kuntien hoitamiin tehtäviin.

Edellä olevan perusteella vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuuluu ensisijaisesti kunnille. Sen vuoksi 1 momentissa säädetään vastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kunnille. Ehdotuksen mukaan jokaisen kunnan on ensinnäkin seurattava asukkaattensa 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 momentti täydentää uudessa kuntalakiesityksessä olevaa säännöstä hyvinvoinnin edistämisestä. Säännös velvoittaa asettamaan kunnan strategisessa suunnittelussa tavoitteita kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistävästä ja ongelmia ehkäisevistä 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.

Pykälän 2 momenttiin sisältyy myös kunnan velvoite nimetä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho. Tämä velvoite on sisällynyt myös terveydenhuoltolain 12 §:ään. Käytännössä vastuutaho voi olla esimerkiksi kunnanjohtaja tai kunnan johtoryhmä.

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

Pykälän 3 momentin mukaan hyvinvointikertomus on laadittava sähköisesti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävänä on säännöksen mukaan määrätä hyvinvointikertomuksen malli ja tekniset vaatimukset sähköiselle kertomukselle. Yhtenäiset sähköiset kertomukset mahdollistavat niiden alueellisen ja valtakunnallisen vertailtavuuden ja seuraamisen. Sähköiset kertomukset mahdollistavat myös tietojen keräämisen ja siirron muista sähköisistä järjestelmistä.

9 §. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen alueellisesti ja palvelujen tuotannossa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuuluu olennaisena osana myös sosiaali- ja terveystalouden ja tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien toimintaan. Sen vuoksi 9 §:ssä säädetään, että eri toimijoiden päätöksenteossa on arvioitava ennakkoon ja otettava huomioon päätösten vaikutukset eri väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen.

Sosiaali- ja terveystalouden sekä tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien on asetettava suunnittelussaan sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen ja tuottamiseen liittyvät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet ja vastuutahot. Tavoitteiden asettamista varten sosiaali- ja terveystalouden on valmisteltava alueellinen hyvinvointikertomus väestön hyvinvoinnista, terveydestä ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä toteutetuista toimenpiteistä kuntien hyvinvointikertomusten pohjalta. Kertomuksen kattavuuden varmistamiseksi sitä laadittaessa on kuultava alueen kuntia sekä tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä. Tähän tehtävään liittyy myös 13 §:n 7 kohdan mukainen kuntakohtaisen hyvinvointi- ja terveysseurantatiedon kokoaminen.

Vastaavasti kuin 8 §:ssä on säädetty kuntien hyvinvointikertomuksesta, myös sosiaali- ja terveystalouden tulee laatia hyvinvointikertomus sähköisesti vahvistetun mallin mukaisena.

Pykälän 2 momentin mukaan tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien on toimittava

yhteistyössä alueen kuntien kanssa ja tuettava niitä asiantuntemuksellaan 8 §:n mukaisessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä, minkä edellyttää, että niillä on myös riittävät resurssit kunnille tarjottavaan asiantuntijatukeen. Vastaavanlainen velvoite on nykyisin terveydenhuoltolain 12 §:n perusteella yhteistoiminta-alueilla.

Osana tätä sosiaali- ja terveysalue ja tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät järjestävät alueellista koulutusta, koordinoivat kehittämis- ja tutkimushankkeita sekä valtakunnallisten ohjelmien toimeenpanoa sekä osallistuvat kunnissa vaikutusten ennakoarviointityöhön. Sosiaalihuollon asiantuntemusta voidaan hyödyntää muun muassa rakenteellisen sosiaalityön avulla. Rakenteellisesta sosiaalityöstä säädetäisiin uudessa sosiaalihuoltolaissa.

2 Luku **Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen**

Lain 2 luvussa säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Luvun säännöksissä määritellään sosiaali- ja terveysalue, järjestämisvastuu ja järjestämisvastuun toteuttamiseksi laadittava järjestämispäätös.

10 §. Sosiaali- ja terveysalue. Pykälässä määritellään se, miten kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ja siihen kuuluvien palvelujen järjestämisvastuu toteutetaan. Ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi on sosiaali- ja terveysalueita. Alueita on viisi ja ne on todettu pykälän 1 momentissa.

Jokaisen kunnan on 2 momentin perusteella kuuluttava johonkin sosiaali- ja terveysalueeseen. Sosiaali- ja terveysalue muodostuu alueen kuntayhtymään kuuluvista kunnista. Säännöksessä edellytetään lisäksi, että sosiaali- ja terveysalueen on oltava alueellisesti eheä kokonaisuus. Alueellinen eheys tarkoittaa, että kaikilla alueeseen kuuluvilla kunnilla on maantieteellinen yhteys alueen muihin kuntiin.

Pykälän 3 momentin mukaan valtioneuvosto päättää sosiaali- ja terveysalueisiin kuuluvat kunnat. Jos yksittäinen kunta haluaa siirtyä sosiaali- ja terveysalueesta toiseen, tämä edellyttää käytännössä, että siirrosta sovitaan ensin kunnan sekä luovuttavan ja vastaanot-

tavan sosiaali- ja terveysalueen kesken, jonka jälkeen valtioneuvosto voi vahvistaa siirron päätöksellään.

11 §. Järjestämisvastuu. Järjestämisvastuu määrittää sen, mistä sosiaali- ja terveysalueen tulee kantaa vastuu. Siihen sisältyy velvoite huolehtia eri laeissa säädetyistä tehtävistä ja niihin liittyen myös velvoite huolehtia näiden tehtävien asianmukaisesta hoitamisesta. Järjestämisvastuu on käsitteenä erotettava palvelujen tuottamisesta. Järjestämisvastuuseen ei sisälly velvoitetta itse tuottaa laissa säädettyjä palveluja, jollei lailla erikseen toisin säädetä. Palvelujen tuottamisvastuusta säädetään erikseen lain 14 ja 15 pykälissä.

Pykälässä määritellään järjestämisvastuun sisältö. Ehdotettavan lain mukainen järjestämisvastuun käsite poikkeaa jossain määrin uudessa kuntalaissa olevasta määritelmästä. Poikkeavuuden taustalla on kaksi keskeistä tekijää. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyy erityispiirteitä, jotka on syytä ottaa huomioon määriteltäessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu. Lisäksi sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään ylikunnallisena yhteistyönä viidellä sosiaali- ja terveysalueella, kuntalain määritelmä sen sijaan on laadittu ensisijassa yksittäisten kuntien järjestämisvastuun näkökulmasta. Merkittävin sisällöllinen ero liittyy palvelujen tuottamiseen. Kuntalain mukaan järjestämisvastuuseen sisältyy päättäminen palvelujen tuotannosta. Järjestämislaissa sen sijaan lähdetään siitä, että tuottaminen ei sisälly järjestämisvastuuseen vaan siitä säädetään erikseen.

Ehdotettavan pykälän mukaan järjestämisvastuu käsittää vastuun lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien hoitamisesta. Tällaisia tehtäviä voivat olla esimerkiksi laeissa määritellyt yhteistyövelvoitteet. Järjestämisvastuun ydinaluetta on kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen järjestäminen. Tältä osin järjestämisvastuuseen kuuluu 1 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 syyn 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. Alla on joitakin esimerkkejä lähipalveluista. Esimerkit eivät ole kattava kuvaus lähipalveluista, vaan myös hyvin monet muut palvelut ovat lainkohdan tarkoittamia lähipalveluja. Kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai kotikuntoutusta tarvitsevan henkilön palvelut on vietävä hänen kotiinsa. Kouluterveydenhuollon palvelut tulee pääsääntöisesti järjestää kouluissa. Suun terveydenhuollon palveluihin voidaan tarvittaessa järjestää kuljetus 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 terveystieteiden sisällä. Palvelujen järjestäjän on huolehdittava siitä, että väestöllä on ajantasainen tieto palveluiden tosiasiallisesta saavutettavuudesta, esimerkiksi palvelupisteiden aukioloajoista 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 ja miten paljon alueella tarvitaan ja miten paljon niitä on tarjolla. Vasta näiden määrittelyjen perusteella voidaan suunnitella ja toteuttaa järjestämisvastuuseen kuuluvat palvelut.

Kuten edellä todettiin, järjestämisvastuu ei määritä sitä, miten palvelut pitää tuottaa. Järjestämisvastuun toteuttamisen ja määrittämisen 1–3 kohdissa todettujen asioiden varmistamiseksi on kuitenkin tärkeää huolehtia palvelujen tuotantorakenteesta ja tuotantotavasta. Sen vuoksi 4 kohdassa todetaan, että järjestämisvastuuseen kuuluu myös päättäminen palvelujen tuotantorakenteesta ja tuotantotavasta. Tuotantorakenteen keskeistä sisältöä on sen määrittely, miten lähipalvelut varmistetaan, milloin ja minkä palvelujen tuotantoa on tarpeen keskittää ja miten mahdollinen keskittäminen toteutetaan. Tuotantorakenteesta päättämiseen sisältyy myös sen ratkaiseminen millaisin eri tavoin palveluja toteutetaan. Kysymykseen voi tulla esimerkiksi valinta tietyn asiakasryhmän avohoidon tai laitoshoidon välillä taikka avohoidon eri toimintamuotojen kesken.

Tuotantotavasta päättämiseen sisältyy yleisellä tasolla sen linjaaminen, missä määrin sosiaali- ja terveystieteiden järjestämisvastuulle kuuluvia palveluja tuotetaan kuntayhtymien omana toimintana ja missä määrin niitä hankitaan sopimusten perusteella muualta. Lain 16 §:ssä on säädetty tarkemmin siitä, miten tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät voivat toteuttaa palvelujen tuotannon.

Kohdan 5 perusteella järjestämisvastuuseen sisältyy edellä todettujen tehtävien lisäksi oman toiminnan seuraaminen ja kehittäminen. Lainkohta edellyttää, että järjestämisvastuussa olevan on aktiivisesti seurattava palvelujen laatua, määrää ja vaikuttavuutta, toteutuvatko ne lainsäädännön asettamien ja järjestämisvastuussa olevan sosiaali- ja terveystieteiden itse määrittelemien vaatimusten sekä alueen asukkaiden ja palveluja käyttävien tarpeen mukaisesti. Toiminnan asianmukainen järjestäminen edellyttää myös sen jatkuvaa kehittämistä ja tarvittavin osin myös palvelujen tuottamisen valvontaa. Valvonta kattaa sekä oman toiminnan (omavalvonta) että sopimusjärjestelyihin perustuvien, muiden tuottamien palvelujen asianmukaisuuden valvonnan. Järjestämisvastuussa olevan sosiaali- ja terveystieteiden velvollisuudesta kehittää toimintaa on säännös lain 32 §:ssä ja velvollisuudesta laatia omavalvontaohjelma 18 §:ssä.

Pykälän 2 momentin perusteella järjestämisvastuuseen sisältyy myös vastuu siitä, että perustuslain ja kielilain mukaiset kielelliset oikeudet toteutuvat sosiaali- ja terveyspalveluissa. Viranomaisten on kielilain 23 §:n perusteella toiminnassaan oma-aloitteisesti huolehdittava siitä, että yksityishenkilön kielelliset oikeudet toteutuvat käytännössä. Lisäksi viranomaisten tulee kielilain mukaan huolehtia sekä suomen- että ruotsinkielisen väestön tiedonsaantotarpeista.

12 §. Järjestämispäätös. Ehdotetun pykälän perusteella sosiaali- ja terveysalueen on laadittava järjestämispäätös siitä, miten sosiaali- ja terveyspalvelut toteutetaan alueella. Järjestämispäätöstä laadittaessa on neuvoteltava tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien kanssa. Tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien kuulemisella voidaan varmistaa, että päätöstä laadittaessa otetaan huomioon myös niiden kokemukset sekä tieto paikallisista olosuhteista ja tarpeista.

Järjestämispäätöksen tarkoituksena on määritellä käytännössä, miten sosiaali- ja terveysalue huolehtii 11 §:ssä säädetystä järjestämisvastuustaan ja miten palvelujen tuottaminen toteutetaan. Järjestämispäätöksen on perustuttava sosiaali- ja terveysalueen väestön hyvinvointi- ja terveysseurantatietoihin sekä palvelutarpeeseen. Myös palvelujen toimintaa ja taloutta koskevat seurantatiedot ja niiden mukaiset palvelujen toteuttamisen aiheuttamat kustannukset on otettava huomioon järjestämispäätöksessä.

Järjestämispäätöksen tulee perustua alueen väestön tarpeisiin, joita sosiaali- ja terveysalueen on seurattava yhteistyössä muiden sosiaali- ja terveysalueiden, sosiaali- ja terveysministeriön sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Näiden tarpeiden selvittämiseksi on myös otettava huomioon sosiaali- ja terveysalueen asukkaiden näkemykset palveluista ja niiden tarpeesta. Lain 30 §:ssä on säädetty tarkemmin siitä, miten alueen asukkaiden vaikutusmahdollisuuksia on edistettävä.

Pykälän 2 momentissa säädetään asioista, jotka on määriteltävä järjestämispäätöksessä. Yleisenä lähtökohtana on sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttaminen asiakkaiden ja alueen asukkaiden tarpeet ja etu huomioon ottaavalla tavalla.

Momentin 1 kohdan mukaan järjestämispäätöksessä on määriteltävä miten sosiaali- ja terveyspalvelut toteutetaan tavalla joka turvaa asiakkaiden palvelukokonaisuuden integraation. Erityisesti paljon eritasoisia sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluja tarvitsevien henkilöiden palvelutarpeet pitäisi määritellä ja palvelut toteuttaa tavalla, joka asiakkaan kannalta muodostaa hyvin toimivan kokonaisuuden. Yksittäisen asiakkaan ja potilaan palvelujen on muodostettava yhtenäinen kokonaisuus, vaikka palveluja tuottamassa olisi kunnallisten toimijoiden lisäksi järjestöjä ja yrityksiä.

Integraation hyvään toteuttamiseen kuuluu myös se, että sosiaali- ja terveyspalvelut sovitetaan toimiviksi palvelukokonaisuuksiksi kunnan peruspalvelujen kanssa, kuten varhaiskasvatuksen, koulun, nuoriso- ja vapaa-aikapalvelujen ja asumiseen liittyvien palvelujen kanssa paikallisesti väestön tarpeita vastaavasti. Esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuus edellyttää sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisen lisäksi myös käytännön työtä yhteisissä asiakasprosesseissa muun muassa kuntien kasvatus- ja koulutuspalvelujen sekä nuoriso-toimen kanssa

Kohdan 2 perusteella järjestämispäätöksessä pitää selvittää, miten lähipalvelujen saatavuus ja saavutettavuus varmistetaan. Sosiaali- ja terveysalueen on varmistettava, että tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät ja niiden käyttämät palvelujen tuottajat toteuttavat lähipalvelut tavalla, joka turvaa niiden saatavuuden. Tällöin on otettava huomioon lain 5 §:ssä säädetty periaatteet palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta.

Momentin 3 kohdan mukaan järjestämispäätöksessä on määriteltävä periaatteet, joiden mukaan sosiaali- ja terveysalueella ja sen järjestämisvastuulla olevissa palveluissa toteutetaan 30 §:n mukaiset asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet.

Kohdan 4 perusteella päätöksessä on selvitettävä valtakunnallisten strategisten tavoitteiden ja valtakunnallisen kehittämissuunnitelman toteuttaminen. Näistä säädetään lain 26 ja 31 pykälissä. Sosiaali- ja terveysalueen on järjestämispäätöstä laadittaessa ja toimeenpantaessa huolehdittava, että valtakunnalliset

tavoitteet tulevat asianmukaisesti toimeenpannuiksi.

Kohta 5 edellyttää, että järjestämispäätöksessä määritellään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja vastuutahot sosiaali- ja terveysalueella. Suunnitelmassa on myös määriteltävä ja kuvattava alueelliset ja paikalliset yhteistyötahot hyvinvoinnin ja terveydenedistämiseksi. Hyvinvoinnin ja terveydenedistämiseksi on tarkemmat säännökset lain 8 ja 9 §:ssä.

Momentin 6 kohdan perusteella järjestämispäätöksessä pitää määrittellä sosiaali- ja terveydenhuollon laatu- ja palvelutaso sekä yhtenäiset käytännöt sosiaali- ja terveysalueella. Laatu- ja palvelutason määrittely on tehtävä sosiaali- ja terveyspalvelujen sisällön määrittelevien lakien ja muiden säännösten mahdollistamissa rajoissa. Säännöksen perusteella ei siten voida alittaa muun lainsäädännön perusteella määräytyvää minimitasoa. Sen sijaan säännös mahdollistaa vähimmäistasoa korkeamman laatu- tai palvelutason.

Yhtenäisillä käytännöillä tarkoitetaan esimerkiksi yhtenäisiä asiakasmaksukäytäntöjä tai alueellisesti sovittuja hoitokäytäntöjä. Järjestämispäätöksessä on määriteltävä, miten varmistetaan yhtenäisten käytäntöjen toteutuminen tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä. Yhtenäisten käytäntöjen toteutumisesta tulee huolehtia myös silloin, kun palveluja hankitaan yksityisiltä palvelujen tuottajilta.

Väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen sosiaali- ja terveysalueella on selvitettävä momentin 7 kohdan perusteella. Kielellisistä oikeuksista on tarkemmat säännökset lain 7 ja 24 §:issä.

Kohdan 8 mukaan järjestämispäätöksessä on määriteltävä tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät sekä niiden tehtävät. Lisäksi 17 §:n perusteella palvelujen tuotantoa voidaan keskittää alueellisesti tai valtakunnallisesti. Järjestämispäätöksessä pitäisi määritellä erityisesti ne palvelut, joiden tuotanto on sosiaali- ja terveysalueen sisällä määritelty vain joidenkin tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien tehtäväksi.

Kohdan 9 perusteella järjestämispäätöksessä on määrättävä vaativan erityistason palvelujen ja kattavan ympärivuorokautisen päivystyksen työnjaosta tuottamisvastuussa ole-

vien kuntayhtymien välillä. Vaativan erityistason palveluja on sekä sosiaalihuollossa että terveyden- ja sairaanhoidossa. Kattava päivystys käsittää sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon niin sanotun 24/7 päivystyksen. Jokaisen tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän ei tarvitse itse ylläpitää vaativan erityistason palveluja eikä kaikki palvelut kattavaa ympärivuorokautista päivystystä, vaan järjestämispäätöksessä voidaan määritellä näiden toteutuksen kannalta perusteltu ja tarpeellinen työnjako. Päätöksessä on varmistettava, että sosiaali- ja terveysalueen koko väestö saa päivystyspalvelut. Samoin vaativan erityistason palvelujen asianmukainen toteutus on varmistettava. Osa näistä vaativan erityistason palveluista voidaan toteuttaa myös sosiaali- ja terveysalueiden ja niihin kuuluvien tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien välisenä yhteistyönä.

Kohdan 10 mukaan järjestämispäätöksessä on määriteltävä ne palvelut, joiden tuottamisesta sosiaali- ja terveysalue vastaa. Sosiaali- ja terveysalueella voi olla 15 §:n perusteella tuottamisvastuu tukipalveluista ja myös sellaisista palveluista, joiden tuottamisvastuuta ei ole pystytty muutoin toteuttamaan sosiaali- ja terveysalueella.

Kohdan 11 mukaan järjestämispäätöksessä on määriteltävä miten sosiaali- ja terveysalueella käytössä olevat rahoitus ja voimavarat kohdennetaan tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille. Tällöin on kysymys ensisijassa siitä, mitkä ovat ne periaatteet, joiden mukaisesti sosiaali- ja terveysalueen käytössä oleva, kunnilta kerätty rahoitus kohdennetaan tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille sekä sosiaali- ja terveysalueelle. Voimavarojen kohdentamisessa on otettava huomioon tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien tehtävät siten kuin niistä on päätetty 7–9 kohtien perusteella.

Voimavarojen kohdentamiseen liittyy myös sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamiseksi tarvittavien merkittävien ja kustannuksiltaan suurten investointien suunnittelu. Sen vuoksi järjestämissuunnitelmassa tulisi olla myös tällaisia investointeja koskeva suunnitelma. Merkittäviä ja kustannuksiltaan suuria investointeja olisivat lähinnä yli 40 miljoonan euron investoinnit. Järjestämispäät-

töksessä voitaisiin tämän mukaisesti määritellä koko alueella toteutettavien merkittävien investointien ajoitus ja sijoittuminen. Tällaisten investointien rahoituksesta säädetään 33 ja 34 §:ssä.

Momentin 12 kohdan mukaan järjestämispäätöksessä tulee määritellä keskeiset periaatteet järjestöiltä ja yrityksiltä hankittaville palveluille. Lain 16 §:n perusteella sosiaali- ja terveysalue ja tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä voivat toteuttaa palvelut eri tavoin, kuten tuottamalla ne itse tai hankkimalla niitä muilta palvelujen tuottajilta. Lisäksi palveluja voidaan toteuttaa palvelusetelillä. Järjestämistä vastuun kannalta on tärkeää, että sosiaali- ja terveysalue voi strategisella tasolla määritellä palvelutuotannon keskeiset periaatteet ja rakenteet.

Palvelujärjestelmää kehitettäessä on kyettävä lisäämään kustannusten läpinäkyvyyttä, toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä palvelujen laatua ja vertailtavuutta. Sen vuoksi sosiaali- ja terveysalueen tulee ehdotuksen mukaan myös määritellä ne periaatteet, joita tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien on noudatettava, kun ne järjestävät tuottamisvastuuseensa kuuluvat palvelut hankkimalla niitä yrityksiltä, järjestöiltä ja muilta yksityisiltä tai julkisilta palvelujen tuottajilta.

Tarkoituksena ei kuitenkaan ole, että järjestämispäätöksessä määriteltäisiin yksittäin muilta hankittavat palvelut ja hankintasopimusten yksityiskohdat. Näistä päättäminen jää tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien vastuulle.

Momentin kohdan 13 perusteella järjestämispäätöksessä on selvitettävä, miten koko alueella varmistetaan tarkoituksenmukaisen ja kustannustehokkaan palvelurakenteen toteutuminen. Lisäksi järjestämispäätöksessä on selvitettävä, miten eri tavoin tuotetut ja eri organisaatioiden tuottamat palvelut sovitaan yhteen. Palvelujen tuottajina voi olla tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä, yrityksiä ja järjestöjä sekä myös valtion laitoksia ja muita tahoja. Erityisesti palveluja käyttävien asiakkaiden näkökulmasta palvelujen pitää muodostaa yhteentoimiva integroitu kokonaisuus.

Kohdan 14 perusteella järjestämispäätöksessä on määriteltävä miten sen toteutumista seurataan ja arvioidaan.

Pykälän 3 momentissa säädetään järjestämispäätöksen hyväksymisestä. Säännöksen mukaan sen hyväksyy sosiaali- ja terveysalueen ylin päättävä toimielin, joka on 19 §:n perusteella kuntayhtymän yhtymävaltuusto. Ennen järjestämispäätöksen hyväksymistä sosiaali- ja terveysalueen on kuultava sosiaali- ja terveysministeriötä ja otettava huomioon sen näkemykset. Kuulemismenettelyllä voidaan osaltaan varmistaa, että järjestämispäätöksessä on asianmukaisesti otettu huomioon lain 26 §:n mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset strategiset tavoitteet ja 31 §:n mukainen valtakunnallinen kehittämissuunnitelma. Samalla voidaan myös arvioida muita tekijöitä, kuten esimerkiksi sosiaali- ja terveysalueen palvelurakennetta sekä palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden toteutumista. Lisäksi hyväksytyä järjestämispäätöstä käsitellään sosiaali- ja terveysalueen ja sosiaali- ja terveysministeriön välisessä neuvottelumenettelyssä siten kuin lain 28 §:ssä säädetään.

Lainkohdassa todetaan myös, että yhtymävaltuuston hyväksymä järjestämispäätös voidaan panna täytäntöön mahdollisesta muutoksenhausta huolimatta. Näin voidaan varmistaa, että palvelut voidaan toteuttaa häiriöttä myös sinä aikana kun mahdollisia valituksia käsitellään muutoksenhakuelimissä.

Päätöksen toteutumista on 4 momentin perusteella seurattava vuosittain ja sitä on tarvittaessa muutettava. Järjestämispäätöshän laaditaan joka neljäs vuosi, minkä vuoksi on mahdollista, että olosuhteiden muutosten takia sitä on tarpeen muuttaa ennen uuden suunnitelman laatimista.

Pykälän 5 momentin perusteella valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä järjestämispäätöksessä määriteltävistä asioista.

13 §. Sosiaali- ja terveysalueen muut tehtävät. Järjestämispäätöksessä nimenomaisesti hyväksyttävien tehtävien ja asioiden lisäksi sosiaali- ja terveysalueella on myös muita tehtäviä. Näistä säädetään 13 §:ssä.

Säännöksen 1 kohdan mukaan sosiaali- ja terveysalueen tulee varmistaa, että alueelle on muodostettu tarvittavat yhteistyörakenteet

sellaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä, jotka edellyttävät yli alueiden rajojen tapahtuvaa yhteistyötä. Sosiaali- ja terveysalueen tulee myös jatkuvasti tukea yhteistyötä ja luoda sille toimintaedellytykset. Sen lisäksi yhteistyötä voidaan tarvita esimerkiksi ympärivuorokautisissa päivystyspalveluissa, sosiaalihuollon kriisipäivystyksessä, teho- hoidossa, selviämisyksikkötoiminnassa, erityisosaamista edellyttävissä konsultaatiopalveluissa, monialaisesti vaativissa kuntoutus- tutkimuksissa ja työkykselvityksissä, erityisosaamista edellyttävien sairaus- ja vamma- ryhmien hoito-, asumis- ja kuntoutuspalveluissa, lääkehuollossa sekä kliinisissä tuki- palveluissa (laboratorio- ja kuvantamispalvelut) sekä tartuntatautien torjunnassa. Myös monia sähköisesti ylläpidettäviä hoidollisia ja neuvontapalveluja voi olla tarkoituksenmu- kaista toteuttaa ja ylläpitää yhteistyössä.

Lainkohdassa on erikseen todettu ensihoi- to. Sosiaali- ja terveysalueen tulee sopia yhteistyössä tuottamisvastuussa olevien kun- tayhtymien kanssa, miten ensihoitopalvelu suunnitellaan ja toteutetaan ja mikä on ensi- hoidon palvelutaso. Tämä tulee toteuttaa siten, että ensihoito, mukaan lukien lääkärihe- likopteritoiminta, ja ympärivuorokautinen päivystys muodostavat sosiaali- ja terveys- alueella toiminnallisen kokonaisuuden. Vi- ranomaisten välisessä yhteistyössä on tarvit- taessa sovittava myös sosiaali- ja terveysalu- eiden rajat ylittävistä yhteistoiminnasta (esimerkkeinä meripelastus ja Rajavartiolai- tos). Sosiaali- ja terveysalueen olisi lisäksi määriteltävä yhdessä tuottamisvastuussa ole- vien kuntayhtymien kanssa ensihoidon joh- tokeskkukset, joilla on valtion turvallisuusver- kon (Tuve) ja kenttäjohtamisjärjestelmän (Kejo) käyttövelvoite. Päätöksen valmiste- lussa olisi otettava huomioon sosiaali- ja ter- veysministeriön antamat ohjeet yhteistyöstä hätäkeskuksen ja muiden turvallisuusviran- omaisten kanssa.

Kohdan 2 perusteella sosiaali- ja terveys- alueen tulee huolehtia sosiaali- ja terveyden- huollon valtakunnallisten strategisten linjau- ten ja valtakunnallisen kehittämissuunnitelman toimeenpanosta siltä osin, kuin niistä ei ole määrityksiä järjestämissuunnitelmissa. Sosiaali- ja terveysalueen on erityisesti huolehdittava siitä, että tuottamisvastuussa olevat kuntayh-

tymät ottavat mainitut valtakunnalliset linja- ukset huomioon omassa toiminnassaan.

Kohdassa 3 säädetään sosiaali- ja tervey- denhuollossa tehtävän tutkimustoiminnan yh- teensovittamisesta eri toimijoiden kesken. Kohdassa 4 säädetään sosiaali- ja terveyden- huollon työvoimatarpeen ennakoinnista sekä alueellisen koulutuksen suunnittelusta ja ke- hittämisestä. Mainittujen kohdissa 3 ja 4 to- dettujen yhteensovittamistehtävien hoitamiseksi sosiaali- ja terveysalueen tulisi muodostaa yhteistyörakenteet alueen yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen sekä muiden tahojen kanssa. Yhteistyötä tulisi koordinoita myös valtakunnan tason toimijoiden, kuten Ter- veuden ja hyvinvoinnin laitoksen, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämissuunnitelman, Työter- veyslaitoksen ja Säteilyturvakeskuksen kans- sa.

Kohdissa 3 ja 4 ”omalta osaltaan” viittaa siihen, että tarkoituksena ei ole siirtää sosiaa- li- ja terveysalueelle esimerkiksi sellaisia koulutuksen suunnitteluun liittyviä tehtäviä, jotka kuuluvat selvästi korkeakoulujen ja muiden oppilaitosten päätettäväksi, tai esi- merkiksi koulutustarpeen ennakoitaviksi, jotka on alueiden kehittämisestä annetulla lailla (1651/2009) säädetty maakunnan liitto- jen tehtäväksi näiden omilla alueilla. Sosiaa- li- ja terveysalueen tehtävänä on huolehtia eri tahojen yhteistyöstä alueellaan niin, että toi- minta tukee lain tavoitteita. Sosiaali- ja ter- veysalueen tulee esimerkiksi välittää omalla alueellaan toimiville yliopistoille ja ammatti- korkeakouluille tietoa sosiaali- ja terveyden- huollon ammatillisen henkilöstön muuttuvis- ta osaamistarpeista.

Pykälän 5 kohdan perusteella sosiaali- ja terveysalueen on huolehdittava henkilöstön tehtävärakenteen ja työnjaon periaatteiden sekä suunnittelun, kehittämisen ja seurannan käytäntöjen yhteensovittamisesta tuottamis- vastuussa olevissa kuntayhtymissä. Riittävä, osaava ja tarkoituksenmukaisesti kohdennet- tu henkilöstö on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuuden ja tuotta- vuuden kannalta keskeinen tekijä.

Sosiaali- ja terveysalueella tapahtuvan henkilöstön tehtävärakenteen ja työnjaon suunnittelun, kehittämisen ja seurannan ta- voitteenä on, että alueen tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä on käytössä yhteiset

periaatteet ja mittaustavat henkilöstön käytössä ja henkilöstörakenteen suunnittelussa. Tavoitteena olisi, että sosiaali- ja terveysalue kannustaisi ja ohjaisi tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä pohtimaan käytettävissä olevan henkilöstön käyttöä uudella tavalla vastaamaan kustannustehokkaasti väestön ikääntymisestä aiheutuviin haasteisiin. Tämä tapahtuisi henkilöstön työn- ja tehtävänjakoa sekä moniammatillisten tiimien käyttöä kehittämällä siten, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt voisivat nykyistä paremmin keskittyä omaa ydinosaamistaan vastaaviin tehtäviin kiinteänä osana sosiaali- ja terveysalan moniammatillista henkilöstöä. Samalla tavoitteena olisi varmistaa osaavan sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyys väestön ikääntyessä sekä saada aikaan kustannussäästöä henkilöstömenoissa.

Esimerkiksi hoitotyön henkilöstövoimavarojen merkitystä potilasturvallisuuteen, hoidon tuloksiin, hoitajakson pituuteen sekä henkilöstön työhyvinvointiin ja vaihtuvuuteen on selvitetty useissa tutkimuksissa. Tutkimusten mukaan terveydenhuollon kompleksisessa toimintaympäristössä ei ole perusteita tiukasti määritellyyn tehtävärakenteeseen ja siihen perustuvaan mitoitukseen.

Henkilöstön tehtävärakenteen ja työnjaon tuleekin olla joustava. Tehtävärakennetta ja työnjakoa tulee tarkastella aktiivisesti sen mukaan, miten tavoitteet toteutuvat asiakas-, potilas-, henkilöstö- ja organisaatiotasolla. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tarpeen seurata ja arvioida henkilöstön tehtävärakennetta sekä mukauttaa toimintaa tämän perusteella.

Pykälän 6 kohdan mukaan sosiaali- ja terveysalueen tulisi vastata sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan sekä asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittamisesta. Sosiaali- ja terveysalueen tulee vastata siitä, että alueen kunnat ja kuntayhtymät sopivat yhdessä kokonaisarkkitehtuurin tavoitetilasta ja sen toteutuksesta hyödyntäen alueiden välistä yhteistyötä, kuten yhteishankintoja ja keskitettyä ylläpitoa. Näihin ratkaisuihin vaikuttaa olennaisesti se, onko järjestämissä päätöksessä jokin osa tietohallinnosta ja tietojärjestelmäpalvelujen tuottamisesta määritelty sosiaali- ja terveysalueen tuottamisvastuulle.

Yhteensovituksessa tulee ottaa huomioon myös lain 59 §:n säännös rekisterinpidosta sekä julkisen tietohallinnon ohjauksesta annettu laki (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 sovittava yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden (Kanta- ja Kansa - palvelut) toteutuksen kanssa. Sosiaali- ja terveysalueiden tiedonhallinnan kokonaisarkkitehtuuri tulisi sovittaa yhteen kansallisten toimijoiden vastuulla olevan arkkitehtuurin kanssa. Näin erityisesti tietohallintolain 4 ja 8 §:ssä tarkoitetuissa asioissa.

Kohdassa 7 sosiaali- ja terveysalueen veloitteeksi säädetään velvollisuus vastata hyvinvointi- ja terveysseurantatietojen sekä toimintaa ja taloutta koskevien tietojen keräämisestä, analysoinnista ja hyödyntämisestä. Sosiaali- ja terveysalueen tulee tämän pohjalta huolehtia siitä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamisen kannalta keskeiset tiedot ovat käytettävissä ja niiden pohjalta vastata tiedon ja tietämyksen levittämisestä alueellaan eri toimijoiden välillä. Sosiaali- ja terveysalueella tulee myös sopia tiedon hyödyntämisen menettelyistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämisen ja toiminnan johtamisen tarpeisiin. Tiedon tulee olla tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien käytettävissä, jotta sitä voidaan hyödyntää. Siltä osin kuin tieto on tarpeen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tueksi, on myös huolehdittava siitä, että tiedot ovat kaikkien kuntien käytettävissä. Hyvinvointi- ja terveys- sekä toiminta- ja taloustietojen lähteitä on useita. Tietoja keräisivät kaikki kunnat, tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät sekä sosiaali- ja terveysalueet. Sosiaali- ja terveystoimessa tulee hyödyntää muun muassa potilasasiamiesten ja sosiaaliasiamiesten raportteja. Keskitetystä tiedon kokoamisesta vastaavat muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Tilastokeskus.

3 Luku **Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaminen**

14 §. *Tuottamisvastuu kunnallisena toimintana.* Ehdotettavassa pykälässä säädetään sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisen tarkemmasta sisällöstä ja ehdoista. Tuottamisesta huolehtivat pykälän mukaan tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät.

Säännöksen 1 momentin mukaan tuottamisvastuun toteuttamiseksi kunnan on kuultava tuottamisvastuussa olevaan kuntayhtymään. Kuntayhtymä vastaa siitä, että siihen kuuluvien kuntien asukkaat ja muut palveluihin oikeutetut henkilöt saavat sosiaali- ja terveyspalvelut sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksen ja lainsäädännön mukaisesti. Jokaisen kunnan on kuuluttava yhteen tuottamisvastuussa olevaan kuntayhtymään.

Kunnat voivat kuitenkin sopia, että kuntayhtymän sijasta tuottamisvastuu on niin sanotulla vastuukunnalla. Vastuukuntamallista säädetään kuntalain 76 §:ssä. Vastuukuntamallista sekä siihen liittyvistä kuntien yhteistoiminnan ehdoista on sovittava kuntien yksimielisellä päätöksellä. Se, mitä ehdotettavassa laissa säädetään tuottamisvastuussa olevasta kuntayhtymästä, koskee myös laissa tarkoitettua vastuukuntaa ja sen muille vastuukuntamallista sopineille kunnille ja niiden asukkaille tuotettavia sosiaali- ja terveyspalveluja.

Pykälän 2 momentissa säädetään edellytyksistä, jotka tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on täytettävä. Lähtökohtana on, että kuntayhtymä pystyy huolehtimaan kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista. Erityisesti paljon eri palveluja käyttävien (10 prosenttia väestöstä aiheuttaa 80 prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista) ja haavoittuvien asiakasryhmien näkökulmasta on tärkeää, että ehkäisevät palvelut, korjaavat ja hoitavat, kuntouttavat sekä muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tuotetaan yhtenäisenä kokonaisuutena. Ehkäisevät palvelut estävät sosiaalista syrjäytymistä, terveysongelmien kehittymistä ja varmistavat varhaisen tuen. Ne sisältävät lasten, nuorten ja perheiden, työikäisten ja ikääntyneiden ehkäisevät palvelut ja ehkäisevät suun terveydenhuollon palvelut elämänkaaren eri vaiheissa. Korjaavat ja hoitavat palvelut sisältävät

muun muassa perustason sosiaali- ja terveydenhuollon avo- ja laitospalvelut, joihin on integroitu keskeisten erikoisalojen avopalvelut. Kuntouttavat palvelut sisältävät toimintakyvyn palauttamista ja ylläpitoa tukevia lääkinnällisen ja sosiaalisen kuntoutuksen palveluita. Jos tuotantoyksikössä annetaan ympärivuorokautista sairaalahoitoa, sen päivitysjärjestelyistä on sovittava sosiaali- ja terveysalueella. Palvelujen tuottamisen varmistamisessa on otettava huomioon maantieteelliset olosuhteet.

Tuottamisvastuu on yhdenmukainen kaikissa tuottamisvastuussa olevissa kunnissa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita että kaikkien kuntayhtymien on itse tuotettava kaikki palvelut. Sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksessä on varmistettava koko alueella tarkoituksenmukainen, kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakenne. Lisäksi järjestämislain 12 §:n 2 momentin 9 kohdan perusteella järjestämissuunnitelmassa on päätettävä vaativan erityistason hoidon ja kattavan ympärivuorokautisen päivityksen työnjaosta tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien välillä. Järjestämispäätöksen lisäksi työnjaossa ja palvelujen porrastuksessa on otettava huomioon mitä siitä on erikseen säädetty lailla ja lakiin perustuvilla asetuksilla.

Tuottamisvastuussa olevalla kuntayhtymällä on oltava tehtävän edellyttämä oma henkilöstö ja muut voimavarat siten, että palvelut pystytään toteuttamaan asianmukaisesti. Säännös ei tarkoita, että kaikki palvelut pitäisi tuottaa omalla henkilöstöllä. Velvoite omasta henkilöstöstä ei siten koske sitä osaa toiminnasta, joka on toteutettu esimerkiksi ostopalveluina, koska tällöin tarvittava henkilöstö on ostopalvelun tuottavan yrityksen tai järjestön palveluksessa. Ostopalveluja käytettäessä on kuitenkin oltava riittävästi hankintojen toteuttamiseksi tarvittavaa ja virkavastuulla hoidettavien asioiden edellyttämää omaa henkilöstöä. Säännös ei myöskään estä kuntayhtymän oman henkilöstön täydentämistä henkilöstövuokrausyritysten palveluksessa olevalla henkilöstöllä.

Kullakin sosiaali- ja terveysalueella tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien enimmäismäärästä säädetään 4 momentissa. Sosiaali- ja terveysalue voi päättää, että tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä on vä-

hemmän kuin lainkohdassa mainittu enimmäismäärä. Enimmäismäärä perustuu Itäistä sosiaali- ja terveysaluetta lukuun ottamatta nykyisillä erikoissairaanhoidon erityisvastuualueilla olevien sairaanhoitopiirien lukumäärään. Itäisellä sosiaali- ja terveysalueella tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä on ehdotuksen mukaan yksi vähemmän kuin Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella on sairaanhoitopiirejä.

Vaikka tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien lukumäärä pohjautuu sairaanhoitopiirien lukumäärään, ei säännös tarkoita, että tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät muodostetaan nykyisten sairaanhoitopiirien pohjalta. Kunnat voivat sopia myös muulla tavalla muodostuvista kuntayhtymistä. Toisaalta estettä ei ole sillekään, että tuottamisvastuussa olevassa kuntayhtymässä on samat jäsenkunnat kuin aiemmin on ollut sairaanhoitopiirissä.

Pykälän 4 momentissa säädetään yliopistollisista sairaaloista. Säännöksen mukaan niillä tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien alueilla, joilla sijaitsee Helsingin, Kuopion, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistot, on oltava yliopistollinen sairaala. Yliopiston sijainnilla tarkoitetaan yliopiston kotipaikkaa. Jos yliopistolla on toimipisteitä muualla kuin kotipaikan mukaisella alueella, näillä muilla alueilla ei ole säännöksen perusteella yliopistollista sairaalaa.

Yliopistollisten sairaaloiden toiminta liittyy tiiviisti mainittujen yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien toimintaan sekä koulutuksen että tieteellisen tutkimuksen osalta. Lisäksi yliopistollisilla sairaaloilla on keskeinen asema erityistason sairaanhoidon palvelujen tuotannossa.

Pykälän 5 momentissa todetaan, että tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät päättävät sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksessä. Jos kunnat ovat 1 momentin perusteella päättäneet tuottamisvastuun toteuttamisesta vastuukuntamallilla, järjestämispäätöksessä määrätään vastaavasti vastuukunta ja ne muut kunnat, joille vastuukunta on tuottamisvastuussa. Järjestämispäätöksestä säädetään tarkemmin 12 §:ssä.

15 §. Sosiaali- ja terveysalueen tuottamisvastuu. Ehdotettavassa pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueella olevasta tuotta-

misvastuusta. Sosiaali- ja terveysalueella ei ole säännöksen perusteella suoraan lakiin perustuvaa tuottamisvastuuta. Sosiaali- ja terveysalue voi kuitenkin päättää järjestämispäätöksessä, että sillä on tuottamisvastuu päätöksessä mainituista tukipalveluista. Tukipalveluilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamiseen ja tuottamiseen liittyviä tukipalveluja. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi tietohallintoon, tietojärjestelmäratkaisujen hankintaan ja ylläpitoon tai yhteishankintoihin liittyvät tehtävät.

Lisäksi sosiaali- ja terveysalue voisi ottaa tuottamisvastuun itselleen jos tuottamisvastuun toteuttaminen ei ole onnistunut millään muulla tavalla. Säännöksen perusteella sosiaali- ja terveysalueella olisi mahdollisuus varmistaa kaikissa tilanteissa, että se pystyy vastaamaan lakiin perustuvasta järjestämistä vastuustaan ja että sen alueen asukkaat saavat tarvitsemansa sosiaali- ja terveyspalvelut. Käytännössä tällainen tilanne, jossa palvelujen tuottaminen ei onnistu tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien toimesta on erittäin epätodennäköinen.

16 §. Tehtävien ja palvelujen tuottaminen. Ehdotetussa säännöksessä määritellään se, miten tuottamisvastuussa oleva sosiaali- ja terveysalue sekä kuntayhtymä voivat käytännössä toteuttaa vastuulleen kuuluvat tehtävät ja palvelut. Säännöksen perusteella palvelut voidaan tuottaa itse tai yhteistyössä muiden tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien kanssa, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai hankkimalla palveluja muualta julkisilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Käytännössä on myös palveluseteli siten kuin siitä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009). Lisäksi pykälän 1 momentin 4 kohdassa todetaan, että palveluja voidaan toteuttaa myös muilla tavoin, jos muualla on säädetty 1–3 kohdissa poikkeavista tavoista toteuttaa sosiaali- tai terveyspalveluja. Säännös vastaa pitkälti voimassa olevan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n säännöstä. Erona on kuitenkin se, että nyt ehdotettavassa laissa säännös kytkeytyy 11 §:ssä säädetyn järjestämistä vastuun sijasta lain 13 ja 14 §:ssä säädettyyn tuottamisvastuuseen.

Palveluja voidaan tuottaa kunnallisena toimintana kuntayhtymän tai vastuukuntamallin mukaisesti. Yhteistyömalleja käytettäessä on otettava huomioon hankintalainsäädännöstä johtuvat tarkemmat ehdot. Mikäli palvelut toteutetaan muutoin kuin edellä mainittuina yhteisesti järjestettyinä toimintoina, sovelletaan hankintoihin hankintalain edellyttämiä kilpailuttamisvelvoitteita. Palveluhankinnoissa ja niiden kilpailuttamisessa on tarpeen ottaa huomioon myös palvelujen käyttäjien tarpeet ja näkemykset sekä paikalliset olosuhteet.

Joissakin harvinaisissa tai erityisen vaativissa palveluissa sosiaali- ja terveysalue voi välttämättömän palvelun saatavuuden varmistamiseksi määrittellä kyseisen palvelun EU-säännösten mukaiseksi velvoitepalveluksi (SGEI-palvelu). Oikeus tuottaa velvoitepalvelua palvelua voidaan antaa tämän säätelyn mukaisin ehdoin yhdelle tai useammalle toimijalle määrääjäksi. Säännöksen perusteella pyritään osaltaan ryhtymään toimenpiteisiin muun muassa kielivähemmistöihin kuuluvien pienten erityisryhmien tarvitsemien palvelujen varmistamiseksi. Palvelujen valtakunnallisesta keskittämisestä voidaan säätää 17 §:ssä olevan säännöksen perustella valtioneuvoston asetuksella. Alueellisesta keskittämisestä voidaan päättää järjestämispäätöksessä.

17 §. Yhteistoiminta palvelutuotannossa. Pykälän 1 momentin mukaan osa sosiaalihooltoon ja terveydenhooltoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidoista voidaan keskittää valtakunnallisesti joillekin tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille, jos se on välttämätöntä palvelujen saatavuuden ja laadun sekä palvelujen käyttäjien oikeuksien varmistamiseksi tehtävien vaativuuden, harvinaisuuden, kielellisten oikeuksien ja niistä johtuvien suuren kustannusten perusteella. Osin vastaavan tyyppinen säännös on terveydenhuoltolain 45 §:ssä. Sen perusteella vaativan erityistason sairaanhoitoon liittyviä toimenpiteitä ja hoitoa voidaan keskittää jollekin tai joillekin erityisvastuualueelle. Ehdotettu säännös poikkeaa kuitenkin terveydenhuoltolain säännöksestä siten, että se koskee myös sosiaalihoitoa. Valtakunnallista keskittämistä ei ole myöskään rajoitettu erityistason hoitoon, vaan myös muilla laissa määritellyillä perusteilla toimintoja voidaan keskittää.

Keskittämiselle tulee kuitenkin olla palvelun luonteeseen tai siitä aiheutuviin suuriin kustannuksiin liittyvä objektiivinen peruste. Tämän mukaisesti sosiaalihoillon erityisryhmien tai muista syistä erityisen vaativien sosiaalipalvelujen palvelutuotannon toteutus voidaan osoittaa valtakunnallisesti erikseen määriteltävälle tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle. Esimerkiksi vähemmistökielisten vaativien vammaispalvelujen tai erityispalveluja edellyttävien hengityshalvauspotilaiden palvelutuotantoa voitaisiin keskitää säännöksen perusteella.

Palvelujen keskittämisestä voitaisiin sopia myös sosiaali- ja terveysalueiden tai tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien kesken. Sen lisäksi keskittämisestä voitaisiin päättää valtioneuvoston asetuksella samoin kuin nykyisin terveydenhuoltolain 45 §:n perusteella.

Säännöksen mukaan valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin siitä, mitä toimenpiteitä, hoitoja tai tehtäväkokonaisuuksia olisi keskitettävä. Asetuksella määritettäisiin myös ne julkisen sosiaalihoillon tai terveydenhuollon toimintayksiköt, jotka vastaisivat keskitettävistä tehtävistä.

Pykälän 2 momentissa on säännös palvelujen keskittämisestä yksityiselle palvelujen tuottajalle tai ulkomailta hankittavaksi. Jos palvelut on tarkoituksenmukaisinta hankkia valtakunnallisesti yksityisiltä palvelujen tuottajilta tai ulkomailta, voidaan valtioneuvoston asetuksella määrittellä palvelujen tuottajan toiminnalle asetettavat laatuvaatimukset ja muut toimenpiteiden tai hoidon asianmukaisuuden varmistamiseksi asetettavat vaatimukset.

18 §. Omavalvontaohjelma. Pykälän 1 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalueiden pitää laatia omavalvontaohjelma. Omavalvontaohjelma on osaltaan johtamisen väline. 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, asiakas- ja potilasturvallisuus, palvelujen saavutettavuus sekä palveluja käyttävien henkilöiden yhdenvertaisuus. Omavalvontaohjelman tulee käsittää myös 9 §:n tarkoitta-

mat hyvinvointia ja terveyden edistämistä koskevat palvelut. 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 omaa vastuuta toiminnan asianmukaisesta ja laadukkaasta järjestämisestä. Samalla tavoitteena on ehkäistä ennalta tilanteet, joiden perusteella valtion valvontaviranomaisen pitäisi jälkikäteisvalvonnan keinoin puuttua alueen toimintaan. Omavalvontaohjelmaa osin vastaavia säännöksiä omavalvontasuunnitelmasta on tällä hetkellä yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa 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.

Pykälän 2 momentin perusteella myös tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien on laadittava toimintaansa koskeva omavalvontaohjelma. Ohjelma on laadittava samojen periaatteiden mukaisesti kuin sosiaali- ja terveysalueen omavalvontaohjelma. Ne eroavat kuitenkin käytännössä toisistaan siltä osin, että sosiaali- ja terveysalueilla ei pääsääntöisesti ole omaa palvelutuotantoa toisin kuin tuottamisvastuussa olevilla kuntayhtymillä. Niinpä jälkimmäisten omavalvontaohjelma voi painottua enemmän palvelutuotantoon, sekä itse tuotettuun että muualta hankittuun.

Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on lisäksi sisällytettävä omavalvontaohjelmaan suunnitelma laadunhallinnasta sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämisestä. Voimassa olevan terveydenhuoltolain 8 §:n 3 momentin nojalla terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Pykälän 4 momentin nojalla annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011) säädetään tämän suunnitelman sisällöstä. Ehdotetun pykälän 2 momentin mukaisesti tuottamisvastuussa

olevan kuntayhtymän tulisi jatkossa laatia mainittu suunnitelma osana omavalvontaohjelmaansa. Samalla suunnitelman tulisi jatkossa koskea myös sosiaalihuollon toimintaa.

Laissa ei määritellä omavalvontaohjelman yksityiskohtaista sisältöä. Pykälän 3 momentin perusteella sosiaali- ja terveysministeriö voisi kuitenkin tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä omavalvontaohjelman tarkemmasta sisällöstä ja sen laatimisesta. Ministeriön asetuksella voitaisiin lisäksi antaa tarkempia säännöksiä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän laadunhallintaa sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämistä koskevasta suunnitelmasta.

Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän suunnitelma laadunhallinnasta sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämisestä pitäisi sisällään menettelytavat, joilla varmistettaisiin palveluiden laadun edellyttämä ja hoito- ja palveluprosesseja vastaava henkilöstön rakenne, työnjako ja osaaminen, huomioiden eri palvelutoimintojen ja toimintayksiköiden tehtävät ja toimintaympäristö. Suunnitelmassa tulisi tältä osin ottaa huomioon sosiaali- ja terveysalueen yhteensovittamat 13 §:n 5 kohdan mukaiset ammattihenkilöstön tehtävärakenteen ja työnjaon periaatteet sekä henkilöstövoimavarojen suunnittelun, kehittämisen ja seurannan käytännöt.

4 Luku **Hallinto**

19 §. Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän hallinto. Pykälän perusteella sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän hallintoon sovelletaan kuntalain säännöksiä kuntayhtymästä. Kuntalain 10 luvussa on yleiset säännökset siitä, miten kuntayhtymän hallinto on toteutettava.

Pykälän 2 momentissa säädetään, että sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän ylin päättävä toimielin on aina yhtymävaltuusto. Säännös sulkee kunnista pois mahdollisuuden päättää, että ylin toimielin olisi yhtymäkokous.

20 §. Sosiaali- ja terveysalueen yhtymävaltuuston tehtävät. Pykälässä määritellään ne tehtävät, joista sosiaali- ja terveysalueen yhtymävaltuuston tulee ainakin päättää.

Ehdotettavan säännöksen perusteella yhtymävaltuuston on päätettävä ainakin järjestä-

mis päätöksen hyväksymisestä ja siihen tehtävistä muutoksista. Lisäksi se päättää kunta-laissa kuntayhtymän ylimmän toimielimen päätettäväksi säädetyistä tehtävistä. Näitä ovat kuntayhtymän vuotuiset toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet sekä talousarvio ja taloussuunnitelma.

Muilla osin päätöksenteon jakautuminen sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän eri toimielinten kesken määritellään kuntayhtymän perussopimuksessa.

21 §. Sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän toimielinten kokoonpano ja valinta. Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveystalouden yhtymävaltuuston kokoonpanosta ja valinnasta sekä muiden toimielinten kokoonpanosta.

Pykälän 1 momentin perusteella sosiaali- ja terveystalouden yhtymävaltuuston, jäsenen tulee olla jäsenkuntien valtuutettuja.

Lisäksi säännöksessä todetaan, että jokaisella kunnalla on oltava vähintään yksi edustaja yhtymävaltuustossa. Laissa ei säädetä edustajien enimmäismäärää. Siitä voidaan päättää kuntayhtymän perussopimuksessa. Jos kunnasta on useampia kuin yksi edustaja, tällöin kunnan edustajien äänimäärä jakautuu tasan edustajien kesken.

Pykälän 2 momentissa säädetään jäsenkuntien valtuustoissa olevien ryhmien edustuksen huomioon ottamisesta yhtymävaltuuston kokoonpanossa. Ehdotuksen mukaan Toimielimessä edustettuna olevien ryhmien ääniosuuksien tulee vastata jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta siten kuin vaalilaissa (714/1998) säädetään suhteellisuusperiaatteesta. Säännöksen tarkoituksena on varmistaa, että eri poliittisilla ja muilla ryhmillä on mahdollisuus osallistua alueen päätöksentekoon. Yhtymävaltuuston edustajat päätetään kuntien edustajainkokouksessa. Sen on varmistettava edellä todetun suhteellisuusperiaatteen toteutuminen.

Pykälän 3 momentissa on säännös sosiaali- ja terveystalouden muiden toimielinten kokoonpanosta. Ehdotuksen mukaan erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävän sosiaali- ja terveystalouden hallituksessa vähintään yhden jäsenen ja yhden varajäsenen on edustettava ruotsinkielistä väestöryhmää. Ruotsinkieliseen väestöryhmään kuulumisen tarkoittaa

joko äidinkieltään ruotsinkielistä henkilöä tai henkilöä joka muulla tavalla kuuluu ja on kiinnittynyt ruotsinkieliseen paikallisyhteiskuntaan. Säännös ei kuitenkaan määrittele sitä poliittista ryhmää, josta ruotsinkielistä väestöä edustavan jäsenen on oltava. Muutoin sosiaali- ja terveystalouden toimielinten valinta ja kokoonpano määräytyvät kuntalain 81 §:n 4 momentin mukaisesti.

22 §. Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän hallinto. Sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta vastuussa olevien kuntayhtymien hallinto määräytyy kuntalain 10 luvun mukaisesti. Tältä osin laissa ei ole erityissäännöksiä kuntayhtymän hallinnosta.

Laissa ei myöskään ole säännöksiä tuottamisvastuussa mahdollisesti olevan yksittäisen kunnan hallinnosta. Sen hallintoa koskevat kuntalain säännökset kunnan hallinnosta.

23 §. Päätöksenteko kuntayhtymän toimielimissä. Pykälässä säädetään kuntayhtymän toimielinten päätöksenteosta. Säännöksen mukaan kunnan edustajien äänimäärä sekä sosiaali- ja terveystalouden että tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän ylimmässä päätöksentekolimessä määräytyy kunnan asukasluvun mukaan. Kunnan äänimäärän tarkemmasta määräytymisestä päätetään kuntayhtymän perussopimuksessa.

Pykälän 2 momentissa säädetään kuntayhtymän ylimmän toimielimen päätösvaltaisuudesta. Sen edellytyksenä on, että kokouksessa on edustettuna vähintään 2/3 kuntayhtymän jäsenkunnista. Näiden edustettuna olevien kuntien asukasluvun on lisäksi oltava vähintään puolet kuntayhtymän jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Pykälän 3 momentissa määritellään sosiaali- ja terveystalouden yhtymävaltuuston päätöksen edellytyksenä olevasta enemmistöstä. Edellytyksenä on, että sosiaali- ja terveystalouden yhtymävaltuustossa päätöksen takana on vähintään puolet valtuustossa edustettuna olevista äänistä.

Sosiaali- ja terveystalouden yhtymävaltuustossa edellytetään asukasluvun enemmistön lisäksi, että järjestämispäätöksen ja talousarvion hyväksymistä kannattavat edustavat vähintään yhtä kolmasosaa jäsenkunnista ja että näiden kuntien edustajista yli puolet kannattaa päätöstä. Järjestämispäätöksen ja talousarvion hyväksymisen edellytyksenä oleva

vaatimus kolmasosasta kuntia tarkoittaa, että sosiaali- ja terveysalueen päätökset eivät perustu yksinomaan alueen suurimpien kuntien edustajien kantaan.

Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän ylimmän toimielimen päätöstä koskeva säännös on 4 momentissa. Säännös tarkoittaa, että kuntayhtymän suurimman kunnan edustajat eivät voi yksin tehdä sosiaali- ja terveysaluetta koskevia päätöksiä, vaikka suurimman kunnan asukasluku olisi yli puolet koko alueen asukasluvusta. Ainakin yhden muun kunnan edustajien on myös kannatettava tehtävää päätöstä. Lisäksi edellytetään, että päätöstä kannattaneiden kuntien edustajista yli puolet on kannattanut päätöstä.

Säännös varmistaa myös sen, että päätöksiä ei tehdä vastoin alueen asukkaiden enemmistöä edustavien kuntien näkemystä. Jos kuntayhtymän suurimman kunnan asukasluku on yli puolet kuntayhtymän kaikkien kuntien asukasluvusta, päätöstä ei voi tehdä vastoin sen edustajien enemmistön kantaa.

Pykälän 5 momentin mukaan kunnat voivat sopia päätöksenteon edellytyksenä olevasta enemmistöstä myös toisin kuin 3 ja 4 momentissa säädetään. Kunnat voivat siten päättää, että päätöksen edellytyksenä on esimerkiksi säädettyä useamman tai harvemman kunnan kannatus.

24 §. Vähemmistökielen lautakunta. Erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävällä sosiaali- ja terveysalueella olisi pykälän mukaan oltava vähemmistökielen lautakunta. Sen tehtävänä on selvittää, arvioida ja määrittellä kielillisen vähemmistön palvelujen tarvetta ja seurata näiden palvelujen saatavuutta ja laatua. Selvitysten, arvioinnin ja seurannan perusteella lautakunnan tulee tehdä ehdotuksia palvelujen kehittämiseksi. Lautakunta tekee myös ehdotuksia siitä, miten vähemmistökieliset palvelut otetaan huomioon sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksessä. Lautakunta voi myös tehdä ehdotuksia henkilöstön kielitaitovaatimuksista. Lautakunnalla ei olisi sosiaali- ja terveysalueita sitovaa päätösvaltaa. Sosiaali- ja terveysalueen päätöksenteossa tulee kuitenkin ottaa huomioon lautakunnan selvitykset, arviot ja määrittelyt palvelujen tarpeesta. Lisäksi lautakunnalla voisi olla muitakin kuin laissa säädettyjä tehtäviä jos

sosiaali- ja terveysalueen hallitus niin määrää.

Vähemmistökielen lautakunta antaisi vuosittain kertomuksen vähemmistökielisten palveluiden toteutumisesta sosiaali- ja terveysalueelle. Kertomuksen tarkoituksena olisi antaa hallitukselle tietoa, jota se voisi hyödyntää suunnitellessaan vähemmistökielisten palvelujen toteuttamista.

Pykälän 2 momentin mukaan myös tuottamisvastuussa olevassa kaksikielisiä tai erikielisiä kuntia käsittävissä kuntayhtymässä on oltava vähemmistökielen lautakunta. Lautakunnan tehtävät ovat samat kuin sosiaali- ja terveysalueen vähemmistökielen lautakunnan tehtävät.

Vähemmistökielen lautakunnan jäsenten valinnassa tulee pykälän 3 momentin mukaan ottaa huomioon vähemmistökieltä edustavien ehdokkaiden kunnallisvaaleissa sama ääniosuus vaalilain mukaisen suhteellisuusperiaatteen mukaisesti. Tällöin alueen vähemmistökielisen väestön eri poliittisten ryhmien väliset voimasuhteet tulevat huomioon otetuiksi lautakunnan kokoonpanossa. Menettely olisi tällöin vastaava kuin mitä on säädetty Svenska Finlands folkting -nimisestä järjestöstä annetun lain (1331/2003) 4 §:n 1 momentissa kyseisen järjestön edustajien valinnasta. Vähemmistökielisiä edustajia voitaisiin siten valita muistakin kuin alueen erikielisistä tai kaksikielisistä kunnista.

Pykälän 4 momentissa säädetään saamenkielen lautakunnasta. Säännöksen perusteella lautakunta tulee perustaa sellaiselle sosiaali- ja terveysalueelle sekä tuottamisvastuussa olevaan kuntayhtymään, johon kuuluu saamelaisien kotiseutualueen kunta. Näitä kuntia ovat Enontekiö, Inari ja Utsjoki. Lisäksi Sodankylän kunnassa sijaitseva Lapin paliskunnan alue kuuluu saamelaisien kotiseutualueeseen. Lautakunnan jäsenten tulee edustaa alueen saamenkielisiä asukkaita. Vähintään kolmasosa lautakunnan jäsenistä on nimitettävä saamelaiskäräjien esittämistä henkilöistä.

5 Luku **Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen**

25 §. Yleinen ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen. Pykälän 1 momentin mukaan sosi-

aali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Ministeriö vastaa strategisesta suunnittelusta ja siihen liittyvästä muusta suunnittelusta. Tähän kuuluu muun muassa 26 pykälässä säädetyn selonteon sekä 31 pykälässä säädetyn valtakunnallisen kehittämisohjelman valmistelu. Ministeriö vastaa myös hallinnonalallaan lainsäädännön ja valtion talousarvion valmistelusta.

Osana edellä tarkoitettua tehtäväänsä sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin strategisten linjausten sekä valtakunnallisen kehittämisohjelman ja muun tiedolla ohjaamisen keskitetystä valtakunnallisesta toimeenpanosta. Tätä varten ministeriöön perustetaan uusi ohjausyksikkö.

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 ohjaamisen välineillä edistettäisiin toimijoiden yhteistyötä, vahvistettaisiin perustason toimintaa, edistettäisiin tarkoituksenmukaista henkilöstörakennetta ja ohjattaisiin valtakunnallista kehittämistä edellyttävien palvelujen toteuttamista. Etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain toimeenpanovaiheessa, uudenlaista järjestämisrakennetta luotaessa, valtakunnallisen ohjauksen merkitys on olennainen. Palvelurakenteen kehittämistä ja palvelurakenteen ohjauksen vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan ja tarvittaessa jatkossa kehitetään uusia välineitä valtakunnallisen ohjauksen tehostamiseksi.

Pykälän 2 momentissa säädetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävästä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisena asiantuntijaviranomaisena. Säännös vastaa voimassa olevaa 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.

Oleellinen 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 osaltaan 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, oppaita ja suosituksia. Laitos myös antaa asiantuntijatukea palvelujen järjestäjille ja valtionhallinnolle sekä osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen kehittämisohjelman ja muun kansallisen ohjauksen valmisteluun, toimeenpanoon, seurantaan ja arviointiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan toimintaan.

Pykälässä mainitun Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lisäksi myös muut sosiaali- ja terveysministeriön alaiset asiantuntijalaitokset kuten Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ja Työterveyslaitos toimivat niistä annettujen säännösten mukaisesti hallinnonalan asiantuntijalaitoksina.

26 §. Sosiaali- ja terveydenhuollon strategiset tavoitteet. Tässä pykälässä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisten

strategisten tavoitteiden asettamisesta. Ehdotuksen mukaan valtioneuvosto antaa joka neljäs vuosi eduskunnalle selonteon sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteista sekä palvelujen järjestämistä koskevista strategista linjauksista.

Ehdotuksen tavoitteena on, että eduskunta saisi vaalikausittain hallitukselta selonteon, jossa selvitetään miten sosiaali- ja terveyspolitiikkaa kehitetään tulevina vuosina. Selonteon tarkempi sisältö määritellään kulloisenkin valmistelun yhteydessä. Selonteon aikajänne voi olla pitempi kuin eduskunnan vaalikausi.

Valtioneuvostossa selonteon valmistelu tapahtuisi sosiaali- ja terveysministeriön johdolla, mikä todetaan pykälässä.

27 §. Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta. Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta.

Neuvottelukunnan tehtävänä olisi omalta osaltaan edistää 26 §:ssä todetun selonteon mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon strategisten linjausten toteutumista. Lisäksi neuvottelukunta edistäisi valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden yhteistyötä. Neuvottelukunnan tehtävänä olisi myös omalta osaltaan koota ja välittää tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistarpeista. Tämä toteutuisi muun muassa neuvottelukunnassa mukana olevien eri tahojen toimesta.

Neuvottelukunta voisi tehdä sosiaali- ja terveysministeriölle myös ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan varattujen määrärahojen painotuksista.

Tarkoituksena on, että neuvottelukunnassa olisivat edustettuina kattavasti valtakunnalliset 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 mukaan valtioneuvosto asettaisi neuvottelukunnan. Tämä tapahtuisi sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä ja neuvottelukunnan toimikausi olisi neljä vuotta. Laissa ei tarkemmin säädetä neuvottelukunnan kokoonpanoa. Tällöin neuvottelukunnan kokoonpano ja laajuus voitaisiin määrittellä kulloisenkin tarpeen mukaisesti.

Ehdotettu sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta on pitkälti sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 5 §:ssä säädettyä neuvottelukuntaa vastaava.

28 §. Valtion ja sosiaali- ja terveysalueen välinen neuvottelumenettely. Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen ja sosiaali- ja terveysministeriön välisestä neuvottelumenettelystä. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus kuuluu 25 pykälän mukaan sosiaali- ja terveysministeriölle. Tämän valtakunnallisen ohjaustehtävän vahvistamiseksi ehdotetaan otettavaksi käyttöön lakisääteinen ohjaava työväline, eli neuvottelumenettely. Neuvottelumenettelyn lakisääteistämällä pyritään vahvistamaan ohjauksen vaikuttavuutta, lisäämään yhteistyötä sekä sitouttamaan sosiaali- ja terveysalue noudattamaan yhdessä sovittuja linjauksia. Menettely ohjaisi sosiaali- ja terveysaluetta myös järjestämispäätöksen mahdollisissa muutoksissa ja tulevan uuden järjestämispäätöksen laadinnassa. Menettelyllä tulee olla lainsäädäntöpohja, joka vakinaistaa sen osaksi ministeriön ja sosiaali- ja terveysalueen välistä yhteistyötä.

Neuvottelumenettelyn kautta olisi mahdollista saada selkeämpi ja kokonaisvaltaisempi kuva sosiaali- ja terveysalueen palvelurakenteen tilasta, sen kehittämistarpeista sekä alueen mahdollisuuksista järjestää palveluja. Neuvottelumenettely lisäisi valmiutta tehtävien ja palveluiden toteuttamisen kokonais-tarkasteluun. Menettely asettaisi velvoitteita sekä sosiaali- ja terveysalueelle että sosiaali- ja terveysministeriölle. Ehdotettu säännös neuvottelumenettelystä ei olisi tyhjentävä, vaan neuvotteluja voitaisiin käydä ministeriön ja sosiaali- ja terveysalueen välillä muutoinkin kuin järjestämislain mukaisessa menettelyssä.

Pykälän 1 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalueella olisi velvollisuus käydä vuosittain neuvottelut sosiaali- ja terveysministeriön kanssa alueen järjestämisvastuuseen kuuluvien tehtävien ja palveluiden toteuttamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla käytävien neuvottelujen tarkoituksena olisi ohjata sosiaali- ja terveysalueen toimintaa palvelurakenteen kehittämisessä sekä

edistää ministeriön ja sosiaali- ja terveysalueen välistä yhteistyötä.

Ministeriö vastaisi neuvottelumenettelyn järjestämisestä vuosittain erikseen sovittavan aikataulun mukaisesti. Lailla tai asetuksella ei siis säädettäisi tarkemmin neuvottelumenettelyn organisoinnista, koska tarkoituksena olisi, että prosessi olisi mahdollisimman joustava ja vapaamuotoinen sekä yhteisymmärrykseen pyrkivä vuorovaikutustilanne. Menettely ohjaisi osapuolia hakemaan yhteistä näkemystä alueen kehittämistavoitteista ja keinoista. Prosessi muotoutuisi parhaiksi havaittujen menettelyjen mukaiseksi.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin neuvottelumenettelyn sisällöstä. Neuvotteluissa käsiteltäisiin järjestämissäätöksen sisältöä ja sen keskeisiä tavoitteita, palvelutuotannon yhteistoimintaa, omavalvontaa sekä valtakunnallisen kehittämisohjelman toimeenpanoa. Lisäksi neuvotteluissa arvioitaisiin järjestämissäätöksen toteutumista, alueen kehitystä ja alueellisia kehittämistarpeita, toimintaympäristön ja palvelujen tarpeen muutoksia, lakisääteisten tehtävien rahoitustarvetta, kehittämistä ja tuottavuuden lisäämistä. Neuvotteluissa voitaisiin käsitellä myös muita sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyviä asioita.

Neuvotteluissa käsiteltäisiin mahdollisimman laajasti keskeisimpien järjestämissäätösten kuuluvien tehtävien ja palvelujen toteuttamista. Neuvotteluissa tarkasteltaisiin sosiaali- ja terveysalueen palvelurakenteen kehitystä ja toimintatapoja, tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä tarvetta sellaisiin rakenteellisiin uudistuksiin, joilla taloudellisuutta, tehokkuutta ja vaikuttavuutta olisi mahdollista lisätä. Käytyjen neuvottelujen pohjalta olisi arvioitava, miten järjestämissäätösten tavoitteet ovat toteutuneet sosiaali- ja terveysalueella.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin neuvottelumenettelystä laadittavasta asiakirjasta sekä selvitys- ja seurantavelvoitteista. Sosiaali- ja terveysministeriö laatisi yhdessä sosiaali- ja terveysalueen kanssa käytyjen neuvottelujen pohjalta neuvotteluasiakirjan. Asiakirjaan olisi kirjattava järjestämissäätöksen ja sen mahdollisten muutosten sisältö. Lisäksi asiakirjassa todettaisiin miten sosiaali- ja terveysalue on ottanut huomioon ministeriön 12 §:n 3 momentin perusteella esittämät näke-

mykset järjestämissäätösluonnokseen. Siltä osin kuin ministeriön mahdollisesti esittämiä näkökohtia ei ole sisällytetty suunnitelmaan, voidaan asiakirjassa todeta osapuolten käsitykset siitä, miksi näin on tapahtunut. Asiakirjaan sisällytetään myös neuvotteluissa sovitut seuraavan vuoden keskeiset toimenpiteet ja tavoitteet.

Neuvottelumenettelyyn liittyen sosiaali- ja terveysalueelle säädettäisiin valmistelutehtävä. Sosiaali- ja terveysalueen tulisi käytävien neuvottelujen yhteydessä esittää selvitys aikaisempien neuvotteluiden yhteydessä sovitujen toimenpiteiden ja tavoitteiden toteutumisesta. Ministeriöllä olisi taas velvollisuus seurata sovitujen toimenpiteiden ja tavoitteiden huomioon ottamista sosiaali- ja terveysalueen toiminnassa. Seurantatehtävä tarkoittaisi, että tarkastelu tulisi tehdä viimeistään seuraavan vuoden neuvottelujen yhteydessä.

29 §. Sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän välinen tulohjaus. Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän välillä noudatettavasta tulohjauksesta. Tulohjaus on sopimukseen perustuva ohjausmalli, jonka tavoitteena on löytää tasapaino käytettävissä olevien voimavarojen ja niillä saavutettavissa olevien tulosten välille. Samalla pyritään kehittämään palvelujen laatua ja varmistamaan palvelujen toteuttaminen kustannustehokkaasti.

Sosiaali- ja terveysalue vastaisi 1 momentin mukaan alueensa tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien palvelutuotannon tulohjauksesta. Tulohjaus olisi osa sosiaali- ja terveysalueen sisäisen ohjauksen kokonaisuutta, joka tarkoittaisi lähinnä tulostavoitteista sekä resursseista ja kehittämissäätöksistä sopimista sekä toiminnan tulosten ja vaikutusten arviointia. Tulohjauksen tavoitteena olisi toiminnan tehostaminen sekä järjestelmä, joka tukisi tavoitteiden tiivistä suhdetta järjestämissäätöksen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisiin tavoitteisiin. Tarkoituksena olisi vahvistaa järjestämissäätöksellisen sosiaali- ja terveysalueen tosiasiallisia mahdollisuuksia vaikuttaa alueensa palvelutuotannon kehittämiseen antamalla sen käyttöön ohjauskeino, joka olisi samalla sekä tehokas että konkreettinen.

Tulosohjausta johtaisi sosiaali- ja terveysalue. Neuvottelut käytäisiin sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän välillä vuosittain. Tulosohjaukselle olisi olennaista, että tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille asetettavat tavoitteet perustuisivat sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätökseen.

Tulosneuvottelujen tavoitteista päättäisi sosiaali- ja terveysalue. Tulosneuvotteluissa tulisi ottaa huomioon mitä sosiaali- ja terveysministeriön ja sosiaali- ja terveysalueen välisessä neuvottelumenettelyssä on sovittu. Sosiaali- ja terveysalueen tehtävänä on sovittaa yhteen kansallinen ohjaus ja alueelliset olosuhteet siten, että väestön yhdenvertaisuus toteutuu. Sosiaali- ja terveysalueella voisi tarvittaessa olla tulosohjauksesta vastaava yksikkö, jonka tehtävänä olisi huolehtia tulosohjauksen järjestämisestä, laadusta ja kehittämisestä.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin tulosohjauksen sisällöstä. Tulosohjauksessa tulisi painottaa toiminnan vaikuttavuutta väestön hyvinvointiin ja terveyteen sekä kustannustehokkuutta. Tulossopimuksessa määriteltäisiin palvelutuotannolle asetettavat tavoitteet ja niiden toteuttamistapa sekä sovittaisiin seurannasta, raportoinnista ja tulosten arvioinnista.

Palvelutuotannolle voidaan asettaa määrättyjä laatu-, hinta-, vaikuttavuus ja sisältötavoitteita. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajilta tulisi edellyttää laadun osoittamista yhteisesti hyväksytyllä järjestelmällä ja kunta-laisten antamaa palautetta tulisi hyödyntää järjestelmällisesti. Kuntayhtymä vastaisi sille asetettujen tulostavoitteiden saavuttamisesta sekä tavoitteiden saavuttamista vaarantavien seikkojen tunnistamisesta ja hallinnasta omalla palvelualueellaan. Kaikki tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät raportoisivat sosiaali- ja terveysalueelle sovittujen tulostavoitteiden toteutumisesta, vaikuttavuuden kehittymisestä, varojen käytöstä sekä henkilöstöasioista tulossopimuksessa sovittujen menettelyjen mukaisesti. Sosiaali- ja terveysalue arvioisi toiminnan tuloksellisuutta tuottamisvastuussa olevan raportoinnin kautta.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin tulossopimuksesta sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksenantovallasta. Tulossopimus-

neuvotteluissa osapuolet sopisivat tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän toiminnalle asetettavista tulostavoitteista ja niiden toteuttamisen edellyttämistä voimavaroista. Neuvotteluissa palvelutoiminnalle asetetut tulostavoitteet kirjattaisiin vuosittaiseen tulossopimukseen, jonka vahvistaisi sosiaali- ja terveysalue. Tulossopimus olisi tulosohjauksen keskeisin asiakirja. Tulosohjauksessa noudatettavista menettelytavoista voitaisiin antaa lisäksi tarvittaessa tarkempia säännöksiä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

30 §. Aukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet. Pykälässä säädetään aukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksista. Pykälän tarkoituksena on ottaa huomioon alueen aukkaiden osallistumisen tarpeet ja edistää vaikutusmahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa ja siihen liittyvissä ratkaisuissa. Valmistelussa ja päätöksenteossa hyödynnettäisiin alueen aukkaiden käyttäjä- ja kokemuslähtöistä tietoa, samalla lisättäisiin aukkaiden ja viranomaisten välistä vuorovaikutusta, keskustelua ja valmistelun ja päätöksenteon avoimuutta. Aukkaiden tulee voida vaikuttaa ja osallistua ei vain tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän, vaan laajemmin koko sosiaali- ja terveysalueen toimintaa koskevaan päätöksentekoon. Tavoitteena on osaltaan lieventää kunnista ja yhteistoiminta-alueilta sosiaali- ja terveysalueille siirtyvästä järjestämistä vastustusta johtuvaa päätöksenteon etäännyttämistä kuntalaisista. Samalla pyritään vahvistamaan kansanvaltaisuutta sekä aukkaiden toimintamahdollisuuksia, jotta eri osa-alueiden aukkaiden ja asukasryhmien tarpeet tulisivat näkyviksi.

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin, että sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän olisi kerättävä alueensa aukkaiden näkemyksiä väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laadusta ja toimivuudesta. Aukkailta kerättävillä näkemyksillä saadaan kokemustietoa sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuudesta, saavutettavuudesta ja laadusta sekä aukkaiden hyvinvoinnin tilasta hyödynnettäväksi suunnittelussa, päätösten valmistelussa ja päätöksenteossa sekä palvelujen kehittämisessä. Kokemustiedolla on huomattava arvo palvelujen ja muiden tuki-

toimien ja niiden vaikuttavuuden kehittämisessä. Näkemyksiä olisi kerättävä palvelujen eri käyttäjäryhmiltä ja kaikilta väestöryhmiltä ja kerätty aineisto tulisi analysoida. Huomiota olisi kiinnitettävä myös erikielisten henkilöiden sekä pienten erityisryhmien mahdollisuuksiin antaa näkemyksiään.

Asukkaiden näkemyksiä ja kokemuksia palvelujen käytöstä voitaisiin kanavoida palvelujen tuottajille ja järjestäjille keräämällä palautetietoja systemaattisesti. Palautetietoja tulee hyödyntää palvelujen ja toimintojen suunnittelussa ja kehittämisessä. Kokemusasiantuntijoiden käsitys palvelujen asiakasystävällisyydestä, saatavuudesta, helppokäyttöisyydestä ja laadusta saadaan kerättyä laajempaan käyttöön esimerkiksi asiakasraatien ja -foorumien kautta. Asiakas- ja potilaspalautteen kerääminen ja analysointi on tärkeässä asemassa tarkasteltaessa palvelujen laatua.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin, että asukkaiden näkemykset on otettava huomioon laadittaessa sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöstä sekä sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien vuotuisia toimintasuunnitelmia. Asukkaiden näkemyksillä tulee olla todellista painoarvoa suunnitelmia laadittaessa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että kaikki palvelujen toteuttamista tai kehittämistä koskevat näkemykset pitäisi automaattisesti toteuttaa. Asukkaiden esittämät näkemykset on kuitenkin arvioitava, eikä niitä pidä sivuuttaa ilman asianmukaisia perusteita. Asukkaiden näkemysten huomioon ottaminen edellyttää sitä, että tieto näkemyksistä on kerätty helposti hyödynnettävässä muodossa.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin osallistumisen ja vaikuttamisen tavoista. Osallistumista ja vaikuttamista tulee edistää erityisesti järjestämällä keskustelu- ja kuulemistilaisuuksia sekä kansalaisraateja, selvittämällä asukkaiden mielipiteitä ennen päätöksentekoa, valitsemalla palvelujen käyttäjien edustajia eri toimielimiin ja keräämällä palautetta. Tavoitteena tulisi olla, että palveluja suunnitellaan ja kehitetään yhdessä niiden käyttäjien kanssa. Asukkaiden, järjestöjen ja muiden yhteisöjen oma-aloitteista asioiden suunnittelua ja valmistelua on tarpeen tukea. Asukkaiden osallistumisen ja vaikuttamisen kanavina

voidaan käyttää myös olemassa olevia rakenteita kuten kuntien vanhus- ja vammaisneuvostoja sekä nuorisovaltuustoja.

Asukkaille tulisi tarjota monipuolisia, vaikuttavia ja käyttäjälähtöisiä osallistumiskeinoja ja nykyisiä osallistumismuotoja ja -kanavia tulisi edelleen kehittää ja vahvistaa. Laissa ei veloitettaisi ottamaan käyttöön tiettyjä osallistumisen ja vaikuttamisen tapoja, vaan sosiaali- ja terveysalue ja kuntayhtymä arvioisivat, millaisilla käytännön keinoilla ne voisivat parhaiten edistää osallistumista ja vaikuttamista paikalliset olosuhteet huomioiden.

31 §. Valtakunnallinen kehittämisohjelma. Pykälässä säädetään valtakunnallisesta kehittämisohjelmasta ja sen perusteella kehittämishankkeisiin myönnettävistä valtionavustuksista.

Pykälän 1 momentissa säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisesta kehittämisohjelmasta. Valtakunnallinen kehittämisohjelma korvaisi aikaisemman sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman. Uusi valtakunnallinen kehittämisohjelma perustuisi valtioneuvoston eduskunnalle antamaan sosiaali- ja terveydenhuollon selontekoon. Lisäksi kehittämisohjelmassa tulisi ottaa huomioon eduskunnan antama palautte selonteosta. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii kehittämisohjelman nelivuositain ja sitä voitaisiin tarvittaessa muuttaa.

Valtakunnallisessa kehittämisohjelmassa määritellään koko ohjelmakauden kattavat keskeisimmät sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. Valtakunnallisessa kehittämisohjelmassa määriteltävät toimenpidesuosituksia tulisi sovittaa yhteen valtion talousarvion ja valtiontalouden kehyspäätösten kanssa. Tällöin myös valtioneuvoston kehysmenettelyyn liittyvä peruspalveluohjelma ja valtakunnallinen kehittämisohjelma olisivat yhteensopivia keskenään.

Ohjelma-asiakirjaan sisältyvää koko ohjelmakauden tavoitteiden ja painopisteiden toteuttamista tukevaa toimenpideosiota voitaisiin tarkistaa vuosittain tarpeellisilta osin. Sitä voitaisiin täydentää esimerkiksi merkittävempien uudistusten samoin kuin hallin-

nonalalta kunnille tulossa olevien ohjeiden ja suositusten osalta. Ohjelmakauden aikana kehittämisohjelman tarkistukset tehtäisiin valtiontalouden vuosittaisien kehyspäätösten jälkeen, jotta toimenpidesuositukset olisivat yhteensopivat valtiontaloutta koskevien päätösten kanssa. Näin kansallisen kehittämisohjelman avulla voitaisiin tämentää selonteossa määriteltyjä sosiaali- ja terveyspoliittisia tavoitteita sekä tukea ja edistää niiden toteutumista. Periaatteessa valtakunnallinen kehittämisohjelma olisi uudistettavissa kokonaisuudessaankin esimerkiksi mahdollisen hallituksen vaihdoksen yhteydessä

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin kehittämissuhteisiin myönnettävästä valtionavustuksesta. Säännös olisi pääosin samansisältöinen kuin nykyisin voimassa oleva STVAL 5 b §. Se koskisi kehittämissuhteeseen suoritettavaa valtionavustusta. Valtionavustuksen myöntäisi hakemuksesta sosiaali- ja terveysministeriö. Valtionavustuksen saajana voi olla sosiaali- ja terveysalue sekä tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hankkeisiin avustusta voitaisiin myöntää myös kunnille.

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

Valtionavustuksen myöntämisen edellytyksenä olisi, että hanke toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa kehittämisohjelmassa asetettuja sosiaali- ja terveyspoliittisia tavoitteita. Hankkeiden arvioinnissa tulisi ottaa huomioon myös alueelliset kehittämissuhteet. Hankkeille tulee määrittää jo hankesuunnitelmassa konkreettiset ja mitattavat tavoitteet.

Ehdotettu lainkohta sisältäisi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuhteiden 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 kehittämissuhteita koskevaan toimintaan sovellettaisiin valtionavustuslain säännöksiä, mikä todettaisiin pykälän 3 momentissa. Lisäksi lainkohdassa todettaisiin, että kehittämissuhteita koskevissa asioissa 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 kehittämissuhteille 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 sosiaali- ja terveysalueelle sekä tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle voitaisiin myöntää valtionavustusta enintään 75 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista. Kuntayhtymän 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).

32 §. Kehittämistoiminta sosiaali- ja terveysalueella. Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen velvollisuudesta vastata alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminnan koordinoimisesta ja sille annettavasta tuesta. Tehtävä kattaisi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen koordinoimisen, kehittämisrakenteen ja kehittämisosaamisen vahvistamisen sekä vastuun alue- ja organisaatorajat ylittävästä kehittämisyhteistyöstä. Tutkimusperustaisessa kehittämistoiminnassa yhteistyö yliopistojen, ammattikorkeakoulujen, tutkimuslaitosten, alan järjestöjen ja yksityisten palveluntuottajien kanssa on välttämätöntä.

Sosiaali- ja terveysalueen tulee edistää alueellaan kansalaisten ja yhteisöjen hyvinvointia ja terveyttä 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 ja terveyttä 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.

Vaikka varsinainen kehittämistyö tapahtuu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä, niin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistumista tukevan toimintakulttuurin, kehittämiskäytäntöjen ja kehittämisosaamisen vahvistuminen tarvitsee tuekseen kehittämisen tukirakenteen. Alueelliset sosiaalialan

osaamiskeskukset (laki sosiaalialan osaamiskeskustoiminnasta 1230/2001) ja terveydenhuoltolain 35 §:ssä tarkoitettut 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 terveysalue huolehtisi yhtenäisten sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisrakenteiden muodostamisesta alueellaan. Kehittämisrakenteiden tulisi yhdistää sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoiminta integroituneeksi kokonaisuudeksi.

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

6 Luku **Rahoitus**

Alueiden toiminnan rahoitus

33 §. Sosiaali- ja terveysalueen rahoitus. Pykälässä säädetään siitä, miten sosiaali- ja terveysalueen rahoitus järjestetään. Ehdotettavassa mallissa sosiaali- ja terveysalue rahoittaa sosiaali- ja terveystalouden toteuttamisen ja tuottamisen aiheuttamat kustannukset keräämällä rahoituksen alueen kunnilta. Pykälässä määritellään yleisellä tasolla asiat, jotka otetaan huomioon sosiaali- ja terveysalueen vuotuista talousarvioita määriteltäessä ja miten sen mukaiset kustannukset jaetaan kuntayhtymän jäsenkuntien rahoitettavaksi.

Pykälän 1 momentin mukaan kunnat osallistuvat sosiaali- ja terveysalueen kustannusten rahoitukseen sosiaali- ja terveysalueen talousarviossa vuosittain määriteltävällä maksulla. Sosiaali- ja terveysalueen vuotuiset kustannukset perustuvat sen sekä tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien tehtäviin, jotka perustuvat lainsäädäntöön ja järjestä-

mis päätökseen. Huomioon voidaan ottaa toiminnan aiheuttamat tarpeelliset kustannukset. Tällaisia tarpeellisia kustannuksia ovat myös pääomakustannukset. Järjestämispäätöksessä olevaan investointisuunnitelmaan sisältyvien merkittävien investointien kustannukset otetaan kuitenkin erikseen huomioon kuntien rahoitusvastuussa siten kuin 2 momentissa todetaan.

Kuntien maksuosuuksien tarkemmasta määräytymisestä säädetään pykälän 2 momentissa. Sen mukaan kunnat osallistuvat sosiaali- ja terveysalueen kustannusten rahoitukseen kunnan asukasmäärään perustuvalla maksulla, jota on painotettu kuntien peruspalvelujen valtionosuuslaskennassa käytettävien ikäluokkien perushintojen sekä sairastavuuskertoimen mukaisesti. Näistä on säädetty kuntien peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain (1704/2009) 6 ja 7 §:issä sellaisina kuin ne ovat 1 päivänä tammikuuta 2015 voimaan tulevassa laissa (676/2014). Näiden kahden tekijän huomioon ottaminen olisi paikallista.

Säännöksessä todetaan lisäksi, että kuntien maksuosuuksien laskennassa asukasmäärän osuus on 20 prosenttia. Ikärakenteen ja sairastavuuden osuus on vastaavasti 80 prosenttia. Kunnan maksuosuus laskettaisiin seuraavan kaavan:

Kunnan (i) rahoitusosuus = asukasmäärä (i) * perusmaksu (20 % paino) + ikärakenteeseen ja sairastavuuteen perustuva maksu (i) (80 % paino)

Perusmaksu = sote-alueen nettomenot / sote-alueen asukasmäärä

Ikärakenteeseen ja sairastavuuteen perustuva maksu kunnalle (i) = { [ikärakenteen mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset (i) + sairastavuuden mukaiset laskennalliset kustannukset (i)] / [koko sote-alueen ikärakenteen mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset + koko sote-alueen sairastavuuden mukaiset laskennalliset kustannukset] } * sote-alueen nettomenot

Ikärakenteen ja sairastavuuden mukaisista laskennallisista kustannuksista on säädetty kuntien peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain (1704/2009) 6 ja 7 §:issä.

Ikärakenteen mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset (i) =

asukkaiden lkm.

as. lkm. (0–5v.)(i) * hinta (0–5)+
 as. lkm. (6v.)(i) * hinta (6v.)+
 as. lkm. (7–12v.)(i) * hinta (7–12)+
 as. lkm. (13–15v.)(i) * hinta (13–15)+
 as. lkm. (16–18v.)(i) * hinta (16–18)+
 as. lkm. (19–64v.)(i) * hinta (19–64)+
 as. lkm. (65–74v.)(i) * hinta (65–74)+
 as. lkm. (75–84v.)(i) * hinta (75–84)+
 as. lkm. (85+v.)(i) * hinta (85+)

Ikäryhmittäinen hinta huomioi vain sosiaali- ja terveydenhuollon mukaisen ikäryhmittäisen hinnan.

Sairastavuuden mukaiset laskennalliset kustannukset (i) =

sairastavuuskerroin (i) * sairastavuuden hinta * kunnan asukasmäärä (i)

Kuntakohtainen sairastavuuskerroin määräytyy peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain (1704/2009) 7 §:ssä määritellyn sairastavuuskertoimen mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksessä olevaan investointiohjelmaan sisältyvien merkittävien investointien rahoitus kerätään myös sosiaali- ja terveysalueen kunnilta. Investointien rahoitusvastuu jakautuu alueen kuntien kesken järjestämispäätöksessä määriteltävien laskennallisten tekijöiden mukaisesti. Merkittävien investointien rahoituksessa käytettävien laskennallisten tekijöiden ei tarvitse olla samoja kuin muiden kustannusten rahoituksessa. Rahoitus voidaan määrittellä esimerkiksi pelkästään kunnan asukasluvun mukaisesti. Investoinnin rahoituksen jaksotus päätetään myös järjestämissuunnitelmassa.

34 §. Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän rahoitus. Sosiaali- ja terveysalue rahoittaa järjestämistä vastuulleen kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut 33 §:n mukaisesti kunnilta keräämillään varoilla. Pääosa kerätyistä varoista kohdistetaan tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille. Pykälässä säädetään näiden korvausten määräytymisen periaatteet.

Pykälän 1 momentin perusteella tuottamisvastuun aiheuttamat kustannukset katetaan sosiaali- ja terveysalueen suorittamalla korvauksella. Lähtökohtana on siten tuottamisvastuullisen kuntayhtymän lakisääteisten ja järjestämissuunnitelmaan perustuvien tehtävien sekä laatu- ja palvelutasovaatimusten ja

muiden vaatimusten toteuttamisesta aiheutuvien tarpeellisten kustannusten rahoittaminen sosiaali- ja terveysalueen suorittamalla korvauksella. Korvauksen perusteet on määriteltävä järjestämispäätöksessä. Rahoituksen perusteissa on otettava huomioon tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien vastuulle kuuluvien palvelujen tarve. Tarve tulisi ottaa huomioon kuntayhtymän asukasluvun sekä 33 §:n 2 momentissa todettujen peruspalvelujen määrittelyssä käytettävien laskennallisten tarvekriteerien mukaisesti. Näiden kapitaatioon perustuvien laskennallisten tarvekriteerien perusteella suoritettavan rahoituksen tulee kattaa vähintään 80 prosenttia tuottamisvastuullisen toiminnan aiheuttamista kustannuksista. Lisäksi rahoituksessa tulisi ottaa huomioon lain 12 §:n 2 momentin 13 kohdassa määritellyt palvelutuotannon vaikuttavuus- ja tehokkuusvaatimukset. Näiden vaikuttavuus- ja tehokkuusvaatimusten osuus voi olla enintään 20 prosenttia rahoituksesta. Vaikuttavuus- ja tehokkuusvaatimusten perusteella suoritettava osuus olisi mahdollisuuksien mukaan määriteltävä siten, että se kannustaa tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä palvelujen toteutuksessa alueen asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden kannalta vaikuttavaan toimintaan.

Järjestämispäätöksessä määritellään edellä olevan mukaisesti ne kriteerit, joita noudatetaan kaikkien tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien kohdalla. Koska sosiaali- ja terveysalueen olosuhteet ja niistä aiheutuvat kustannustekijät voivat vaihdella merkittävästi, on järjestämispäätöksessä mainittujen kriteerien lisäksi otettava huomioon palvelujen tuotantokustannuksiin vaikuttavat alueelliset tekijät.

Pykälän 2 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalue päättää tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille suoritettavien korvausten tarkemmasta määräytymisestä. Korvausten määräytymisestä on kuultava kaikkia tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä kanssa. Kuulemisten tarkoituksena on selvittää, miten korvauksissa otetaan huomioon palvelutuotannon kustannukset sekä vaikuttavuus ja tehokkuusvaatimukset. Palvelutuotannon kustannuksiin voivat vaikuttaa esimerkiksi tuottajasta riippumattomat olosuhdetekijät. Korvaukset on määriteltävä siten,

että lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut on mahdollista toteuttaa järjestämispäätöksessä palveluille asetettujen kriteerien ja laatuvaatimusten mukaisesti ilman, että tehokkaasti toimivalle kuntayhtymälle syntyy alijäämää.

35 §. Alijäämän kattaminen. Pykälässä säädetään velvollisuudesta kattaa sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän 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 tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien taloussuunnitteluun on mainitun linjauksen mukainen.

36 §. Vastuu hoidon ja hoivan kustannusten korvaamisesta eräissä tilanteissa. Pykälässä säädetään tilanteista, joissa tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä on järjestänyt hoito- ja hoivapalveluja henkilölle, joka ei

ole kyseessä olevan kuntayhtymän jäsenkunnan 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 laitoshuolto 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 kun henkilö olisi hoidettavana sellaisessa sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikössä, jota ylläpitää muu kuin henkilön kotikunnan mukainen kuntayhtymä, tuottamisvastuussa oleva henkilön kotikunnan mukainen kuntayhtymä olisi velvollinen korvaamaan hoidosta aiheutuneet kustannukset, jollei hoitokustannusten korvaamisesta ole säädetty toisin muualla lainsäädännössä. Korvaamisesta on säädetty toisin esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 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 säädettyin 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 toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa. Korvauksesta vähennettäisiin asiakkaan tai potilaan hoidostaan suorittama asiakasmaksu ja muut palvelun tuottajan saamat toimintatulot hoitoon liittyen. Asiakasmaksu määräy-

tyisi 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 laskutustapoja. Tämä saattaisi aiheuttaa epäselvyyttä siitä, millä perusteella laskutus tapahtuisi. Kansallisesti sovitut korvausperusteita ja laskutusmenettelyä ei ole olemassa. Tästä syystä palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä voitaisiin tarvittaessa säätää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Valtion koulutuskorvaukset

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

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin pääperiaatteet lääkärien ja hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutuksen korvaamisesta yliopistolliselle sairaalalle. Peruskoulutuksen korvaus laskettaisiin lääkäri- ja hammaslääkärinkoulutuksen 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 korvauksista. 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 kus-

tannuksiin. Lisäksi muiden kuin edellä todettujen terveydenhuollon laillistettujen ammattihenkilöiden koulutuksen aiheuttamien kustannusten korvaaminen selvitetään.

38 §. Koulutuskorvaus yliopistolle. Erikoislääkärikoulutus on ollut vuodesta 1986 ja erikoishammaslääkärikoulutus vuodesta 1984 yliopistojen tutkintomuotoista koulutusta. Valtioneuvoston asetus erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista (420/2012) sisältää säännökset yliopistolaisissa (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 koulutuskorvausrahoituksen 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 erikois-

hammaslääkärikoulutuksesta 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 lain-säädäntöhankkeena 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.

39 §. Koulutuskorvaus muulle terveydenhuollon toimintayksikölle. Pykälässä säädetään 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.

Yliopistollisen sairaalan ylläpitäjä maksaisi 1 momentissa tarkoitetun lääkärin tai hammaslääkärin peruskoulutuksesta aiheutuvan korvauksen julkiselle palvelun tuottajalle tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella

säädetylle palvelujen tuottajalle, jonka ylläpitämässä terveydenhuollon yksikössä koulutus on järjestetty. Sosiaali- ja terveystieteiden 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 korkeatasoisia 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 sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 1125/2013 mukaan korvaukseen oikeutettuja palvelujen tuottajia ovat Fimlab Laboratoriot Oy, Invalidiliitto ry:n ylläpitämä Invalidiliiton Käpylän kun-

toutuskeskus, Orton Oy, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätiön ylläpitämä Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Suomen Punaisen Ristin ylläpitämä SPR Veripalvelu, TAYS Sydänkeskus Oy sekä Teikonivelsairaala Coxa Oy.

Pykälän 3 momentissa tarkoitettu korvaus perustuu koulutuksessa olevien ja koulutuskuukausien määrään. Terveydenhuollon 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 ammatinharjoittamisoikeuden 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 harjoitteluajaksoa, 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.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettua lakia muutettiin toukokuun 2011 alusta siten, että lääkäreiden ja hammaslääkäreiden kaksoislaillistusmenettely poistettiin. Menettelyä yksinkertaistettiin siten, että lää-

käreille ja hammaslääkäreille myönnetään lääkärin ja hammaslääkärin koulutuksen suorittamisen jälkeen laillistus, jonka nojalla lääkäreillä ja hammaslääkäreillä on oikeus itsenäisesti harjoittaa ammattiaan.

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

Laillistuksen edellytyksenä hammaslääkäreiltä edellytetty käytännön palvelu muutettiin hammaslääkärien perustutkintoon sisältyväksi käytännön palveluksi, josta maksetaan valtion koulutuskorvausta. Muutoksen voimaan tullessa henkilö, joka opiskeli hammaslääketieteen lisensiaatin tutkintoa ja joka ei ollut aloittanut tutkintoon sisältyvää hoitoharjoittelua, 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

40 §. *Terveydenhuollon alueelliset tutkimustoimikunnat.* Ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveysalue asettaisi alueelleen nelivuotiskaudeksi terveyden tutkimuksen tutkimus-

toimikunnan mahdollisine jaostoineen. Tutkimustoimikunnassa olisi monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä. Sosiaali- ja terveysalueen tutkimustoimikunta päättäisi tehtyjen hakeusten pohjalta valtion tutkimusrahoituksen jakamisesta alueellaan tutkimushankkeille.

41 §. *Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitus.* Pykälän 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö määritteli yhteistyössä 40 §:ssä tarkoitettujen tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain. Tutkimustoiminnan ja painoalueiden valmistelussa otettaisiin huomioon sosiaali- ja terveysalueiden 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 sosiaali- ja terveysalueiden tutkimustoimikunnille. Koska yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen määrä vahvistetaan vuosittain valtion talousarviossa, ei tutkimusrahoituksen jakautumista voida määrittellä euromääräisenä neljäksi vuodeksi eteenpäin. Ministeriö päättäisi tutkimusrahoituksen jakautumisesta sosiaali- ja terveysalueille prosentiosuuksina kunakin vuonna käytävissä olevasta määrärahasta. Jos sosiaali- ja terveysalueiden aluejako muuttuu nelivuotiskauden aikana, muuttunut aluejako otetaan huomioon ministeriön tutkimusrahoituksen jakautumista koskevassa päätöksessä vastaavasti. Vastaava säännös lisättiin terveydenhuoltolakiin vuoden 2014 alusta lukien.

Kukin alueellinen tutkimustoimikunta päättäisi pykälän 3 momentin mukaan tutkimusrahoituksen myöntämisestä alueellaan hakeusten perusteella. Terveyden tutkimuksen rahoitusta voisivat hakea terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävä kuntayhtymä,

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 määritellä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella samojen periaatteiden mukaan kuin nykyisin. Kysymyksen 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 terveyspalvelujärjestelmän kannalta. Yliopistotasoisien terveystieteellisen tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa 1125/2013.

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

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

Arviointiryhmän tehtävänä olisi arvioida sosiaali- ja terveysalueiden tutkimustoimintaa edellisellä nelivuotiskaudella. Arvioitavana olisi erityisesti vahvistettujen tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden saavuttaminen sosiaali- ja terveysalueen 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 sosiaali- ja terveysalueille 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.

Korvausmenettely

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

Tutkintojen ja opinnot aloittaneiden opiskelijoiden määrään perustuva koulutuskorvaus maksettaisiin yliopistollisen sairaalan yläläpätäjälle 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.

Pykälän 2 momentissa määriteltäisiin määräajat, joissa koulutuskorvausta tulisi hakea ja aika, jonka kuluessa aluehallintoviraston tulisi käsitellä hakemukset.

Aluehallintovirasto maksaisi 3 momentin perusteella tutkimusrahoituksen kuukausittain sosiaali- ja terveysalueen tutkimustoimikunnalle, joka maksaisi rahoituksen edelleen hankkeiden toteuttajille hakemusten perusteella.

Pykälän 4 momentissa todetaan, että muilta osin korvauksen maksamiseen ja muuhun

menettelyyn sekä muutoksenhakuun liittyvisä asioissa noudatetaan soveltuvin osin valtioneuvoston asetuksien säännöksiä. Kyseeseen tulisivat valtioneuvoston asetuksen 20 §:n 1 momentin säännös valtioneuvoston palauttamisesta, 21 § valtioneuvoston takaisinperinnästä, 24 ja 25 §:t korosta ja viivästyskorosta, 26 § kohtuullistamisesta, 28 § takaisinperinnän määräajasta, 29 §:n 2 momentti palautusvelvollisuuden raukeamisesta, 30 § kuittauksesta ja 34 § oikaisuvaatimuksesta ja muutoksenhausta.

44 §. 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.

Yliopistollisen sairaalan ylläpitäjän 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 sosiaali- ja terveysalueen 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.

45 §. 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 tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän sairaaloita ja muita toimin-

tauksikoita terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutukseen ja terveystieteelliseen tutkimustoimintaan. Muulla sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjällä tarkoitettaisiin sosiaali- ja terveysalan koulutusta antavia ammattikorkeakouluja ja ammatillisia oppilaitoksia. Tilojen käytöstä koulutus- ja tutkimustoimintaan sovittaisiin koulutuksen järjestäjän ja asianomaisen kuntayhtymän kesken.

Pykälän 3 momentin mukaan yliopistolla olisi oikeus käyttää perusterveydenhuollon toimintayksikön tiloja erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen sisältyvänä, terveyskeskuksessa suoritettavana yhdeksän kuukautta kestävästä koulutusaikana sen mukaan kuin siitä kuntayhtymän ja yliopiston kesken sovitaan.

Pykälän 4 momentin mukaan tuottamisvastuussa olevalla kuntayhtymällä 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 välttämättömästi sijoitettava 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.

Pykälän 5 momentin mukaan tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän palveluksessa olevat terveydenhuollon ammattihenkilöt olisivat velvollisia osallistumaan terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoimintaan siten, kuin siitä on kuntayhtymän ja yliopiston tai muun sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjän kesken sovittu.

46 §. Asetuksenantovaltuus. Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta suoritettavan korvauksen suuruudesta ja korvauksen maksamiseen liittyvistä menettelyistä säädettäisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Pykälän 1 momentin mukaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta maksettavat korvaukset määräytyvät tutkinnosta makset-

tavan korvauksen ja koulutuskuukaudesta maksettavan korvauksen mukaan. Tutkinto-korvauksen 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 menettelystä 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 palvelujen tuottajista. Nyt tästä on säädetty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella 1364/2011.

Ehdotettu säännös vastaa terveydenhuoltolain 66 §:ää.

7 Luku Viranomaisvalvonta

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 tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien omaan toimintaan kohdistuvalla suunnittelulla ja seurannalla. Tätä tukee Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontaviraston (Valvira) ja aluehallintovirastojen suorittama ohjaus ja valvonta, joka perustuu muun muassa valvontaohjelmiin ja niistä informoimiseen.

47 §. 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 sekä tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien palvelurakenteen sekä toiminnan ja niiden järjestämien ja tuottamien palvelujen lainmukaisuuden valvonnasta ja valvontaan liittyvästä ohjauksesta. Uutena valvontakohteena olisi säännöksen perusteella palvelurakenteen lainmukaisuuden valvonta.

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 tärkeää 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. Epäselvissä tilanteissa Valvira voi aluehallintovirastoa kuultuaan tulkita, onko yksittäinen asia periaatteellisesti niin tärkeä tai laajakantoinen, että sen käsittely kuuluu Valviralle.

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 aluehallintovirastossa tapahtuvan käsittelyn puolueettomuus voisi ilmeisesti vaarantua sen vuoksi, että aluehallintovirasto on tai on ollut asianosainen. Välttämätöntä ei tällöin olisi se, että puolueettomuus vaarantuisi varmuudella, vaan pe-

rusteltu epäily puolueettomuudesta olisi riittävä peruste asian käsittelylle Valvirassa.

Edellä mainittujen asioiden ohella Valviran toimivaltaan kuuluisivat asiat, jotka liittyvät olennaisesti virastossa muulla perusteella käsiteltävään sosiaalihuoltoon tai terveydenhuoltoon taikka terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevaan asiaan. Säännös mahdollistaa tällaisten asioiden käsittelyn kokonaisuutena.

Pykälän 3 momentissa todetaan, että lain 7 luvun valvontasäännökset koskevat myös kunnissa ja muissa kuntayhtymissä toteutettua sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä sosiaali- ja terveystalvueluja. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on lain 8 §:n perusteella kunnan tehtävä. Kunnat voivat myös sopia, että tuottamisvastuu toteutetaan vastuukuntamallilla. Lisäksi kunnat voivat perustaa vapaaehtoisia kuntayhtymiä, joilla on sosiaali- tai terveydenhuoltoon liittyvää toimintaa. Edellä olevan perusteella lakiin ehdotetaan selkeyden vuoksi otettava säännös, jonka mukaan myös kunnissa ja muissa kuntayhtymissä toteutettavan sosiaali- ja terveydenhuollon ja -palvelujen viranomaisvalvonta kuuluu aluehallintovirastoille ja Valviralle.

Pykälän 4 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.

48 §. Ohjaus- ja arviointikäynnit. Valvontaviranomaiset ovat tehneet valvontatapahdumiin perustuvien tarkastuskäyntien lisäksi kuntiin ja kuntayhtymiin myös sellaisia käyntejä, jotka eivät liity jonkin ilmi tulleen tai epäillyn 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 valvontaviranomaisen kannalta. Ne ovat osaltaan tukeneet valvontaohjelmien toteuttamista ja monissa tapauksissa myös uuden lainsäädännön voimaantuloon liittyvää kou-

lutus- ja ohjaustehtävää. Säädetävään lakiin ehdotetaan nyt otettavaksi säännökset tällaisista ohjaus- ja arviointikäynneistä. Säännöksen perusteella selkeytetään valvontaviranomaisen 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 sekä tuottamisvastuussa oleviin kuntayhtymiin 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 yhteydessä valvontaviranomaiset saavat tietoja käynnin kohteen toiminnasta, palvelujen toteutustavoista ja paikallisista olosuhteista.

Pykälän 2 momentin mukaan ohjauksellisista käynneistä ja niiden ohjelmasta on aina sovittava ennakkoon käynnin kohteena olevan sosiaali- ja terveysalueen tai tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän kanssa. Ohjaus- ja arviointikäynnin toteuttaminen edellyttää tämän mukaisesti aina, että käynnin ajankohta sopii kohteena olevalle kunnalle tai kuntayhtymälle. Käynnin kohteella on myös mahdollisuus ilmoittaa, että se ei pidä valvontaviranomaisen suunnittelemaa ohjauskäyntiä tarpeellisena.

49 §. Tarkastusoikeus. Pykälässä säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon 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 ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän 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.

Valvontaviranomaisen todetessa, että tarkastuksen tekeminen on tarpeen, asiasta laaditaan tarkastusmääräys. Siihen kirjataan muun muassa tarkastettava kohde, tarkastuksen syyt, seikat, joihin tarkastuksessa tulee erityisesti kiinnittää huomiota sekä mahdollisesti tarkastuksen suorittava viranomainen. Tarkastuksen suorittava virkamies esittää tarkastusmääräyksen tarkastuksen alkaessa tarkastuksen kohteelle. Tarkastusmääräys ei ole päätös, jolla tehdään ratkaisu valvontasiassa, vaan asian selvittämiseen liittyvä toimenpide. Sen vuoksi tarkastusmääräyksestä ei ole valitusoikeutta.

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 sisällytettävän 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 hygieniaan tai lääkkeiden käsittelyyn liittyviä seikkoja, voidaan selvittää ja arvioida myös tarkastuksen jälkeen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnassa voidaan joutua tarkastamaan myös pysyväisluonteiseen asumiseen tarkoitettuja tiloja, kuten esimerkiksi asumispalveluyksiköitä ja vanhainkoteja. Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain 10 §:ssä turvattu kotirauhan piiri kattaa lähtökohtaisesti kaikenlaiset pysyväisluonteiseen asumiseen käytetyt tilat. Tarkastuksen tekeminen pysyväisluonteiseen asumiseen käytetyssä tilassa olisi mahdollista vain, jos se on välttämätöntä asiakkaan tai potilaan aseman ja asianmukaisten palvelujen turvaamiseksi. Kotirauhan suojan varsinaisen ytimen ei ole katsottu vaarantuvan säädettäessä tarkastustoimivallan ulottumisesta sellaisiin tiloihin, joissa harjoitetaan ammatti-toimintaa (PeVL 21/2010 vp).

Joissakin tapauksissa saattaa myös olla tarpeen, että tarkastusta suorittavalla Valviran tai aluehallintoviraston virkamiehellä on mukanaan ulkopuolinen asiantuntija tai asiantuntijoita esimerkiksi tilanteessa, jossa yksikön tarkastus edellyttää tietyn erikoisalan osaamista. Pykälään ehdotetaan siksi otettavaksi selventävä säännös asiantuntijoiden käyttömahdollisuudesta. Tarkastuksessa mukana olevaan asiantuntijaan sovelletaan rikosoikeudellista virkavastuuta koskevia säännöksiä.

Lisäksi säännöksessä olisi selvyiden vuoksi maininta siitä, että poliisin on tarvittaessa annettava virka-apua tarkastuksen suorittamiseksi aluehallintovirastolle ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle. Poliisin muille viranomaisille antamasta virka-avusta säädetään Poliisilain (872/2011) 9 luvun 1 §:ssä. Poliisin on annettava pyynnöstä muulle viranomaiselle virka-apua, jos niin erikseen säädetään. Säännös vastaisi nykyistä kansanterveyslain 42 §:n 3 momenttia, erikoissairaanhoidon lain 51 §:n 3 momenttia ja sosiaalihuoltolain 55 §:n 3 momenttia.

Pykälän ehdotetussa 3 momentissa olisi viittaus hallintolain 39 §:ään, jossa on yleiset

säännökset tarkastuksen tekemisestä. Sen mukaan tarkastuksesta olisi muun muassa pidettävä pöytäkirjaa ja asianosaisen oikeudesta olla läsnä tarkastusta suorittaessa.

50 §. Määräykset ja pakkokeinot. Pykälässä säädettäisiin toimenpiteistä, joihin Valvira ja aluehallintovirastot voisivat ryhtyä silloin, kun sosiaali- tai terveydenhuollon järjestämisessä tai tuottamisessa havaitaan asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on muutoin lainvastaista. Säännökset vastaisivat muun muassa kansanterveyslakiin, erikoissairaanhoidolakiin ja sosiaalihuoltolakiin nykyisin sisältyviä säännöksiä.

Valvira tai aluehallintovirasto voisi pykälän 1 momentin perusteella antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta. Korjaamiselle tulisi samalla antaa kohtuullinen määräaika. Määräys voisi koskea esimerkiksi toiminnassa ja toimintaperiaatteissa havaittujen virheiden tai puutteiden korjaamista ja esimerkiksi menettelytapojen uudistamista samoin kuin myös toimitiloissa olevien puutteiden korjaamista. 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 ja tuottaminen ovat lakisääteisiä tehtäviä, ei Valviran tai aluehallintoviraston määräys puutteellisuuksien tai epäkohtien korjaamisesta tai toiminnan keskeyttäminen poistaisi kuntayhtymän vastuuta edellä mainittujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen asianmukaisesta järjestämisestä ja tuottamisesta. Valvira ja aluehallintovirastot voisivat pykälän 2 momentin perusteella velvoittaa sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän noudattamaan asetettuja kieltoja tai määräyksiä sakan uhalla. Sakan 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 kehittämiskeskukselle. Lisäksi säteilyn käyttöä koskevista puutteista ja epäkohdista on vastaavasti ilmoitettava Säteilyturvakeskukselle.

51 §. Hallinnollinen ohjaus ja kehoitus. Pykälässä säädettäisiin 50 §: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 tuottamisessa on havaittu jokin puute, virheellisyys, laiminlyönti tai muu epäkohta, mutta sen ei katsota antavan aihetta 50 §: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 riittävi-

nä. 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 toimituksiin. Säännökset vastaisivat huomion kiinnittämisen ja huomautuksen osalta esimerkiksi kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja sosiaalihuoltolaissa nykyisin olevia säännöksiä. Pykälään on katsottu perustelluksi ottaa säännökset myös käsityksen ilmaisemisesta samoin kuin siitä säädetään hallintolaisa (434/2003).

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin myös mahdollisuudesta kehottaa valvottavaa korjaamaan todettu puute tai muu epäkohta. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole ollut aikaisemmin säännöksiä kehotuksen antamisesta, vaan sen käyttö on perustunut vakiintuneeseen käytäntöön. Kehotus on suositusluonteinen ei-velvoittava toimenpide.

52 §. 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 aiheita. 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 aluehallintoviraston 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 te-

kemänsä alustavan arvion perusteella niihin toimenpiteisiin, joihin se katsoo edellä mainittujen seikkojen varmistamiseksi olevan aiheita. Valittavien toimenpiteiden ja niiden laajuuden osalta valvovan viranomaisen harkintavallan olisi tarkoitus olla laaja. Valvontaviranomainen voisi esimerkiksi hankkia asiassa tarvittaessa selvitystä puhelimitse ja laatia sen perusteella muistion, tai hankkia asiaan liittyviä asiakirjoja taikka 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 lähtökohteisesti antaisi aiheita enempiin toimenpiteisiin. Säännös vastaisi hallintolaisissa 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 vanhentumissa. 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 kanteluasioden 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.

53 §. Valvontaviranomaisen tiedonsaanti-oikeus. Pykälässä säädetään kuntien ja kun-

tayhtymien velvollisuudesta antaa pyynnöstä maksutta Sosiaali- ja terveysalan valvontavirastolle ja aluehallintovirastolle niiden ohjaus- ja valvontatehtävien toteuttamiseksi välttämättömät tiedot ja selvitykset sen estämättä, mitä salassapitovelvollisuudesta säädetään. Velvoite koskee sekä sosiaali- ja terveysaluetta että tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä.

8 Luku Erinäiset säännökset

54 §. *Oikeudellisen vastuun määräytyminen.* Pykälässä ehdotetaan säädettäväksi sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän välisen oikeudellisen vastuun määräytymisestä. Säännöksen perusteella voitaisiin muun muassa määrittellä, onko sosiaali- ja terveysalue vai tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä vastuussa kuntalaiseen, asiakkaaseen tai potilaaseen nähden palvelujen puutteen tai palveluissa olevien virheiden johdosta. Säännös on tarpeen myös valvontaviranomaisten toiminnassa. Sen perusteella valvontaviranomaisella on mahdollisuus määrittellä valvontatapusten asianosaiset.

Pykälän 1 momentissa säädetään tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän vastuusta. Kuntayhtymä vastaa siitä että palvelut on toteutettu lainsäädännön ja järjestämispäätöksen mukaisesti. Jos tämä ei toteudu, on asianomainen kuntayhtymä vastuussa tästä palvelussa olevien puutteiden tai virheiden aiheuttamista oikeudellisista ja taloudellisista seuraamuksista. Tämän perusteella esimerkiksi valvontaviranomainen voi kohdistaa palvelussa olevasta virheestä aiheutuvan seuraamuksen nimenomaan tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle, jos virhe aiheutuu sen toiminnasta tai laiminlyönnistä. Samoin palvelujen käyttäjät voivat kohdistaa vaateita tuottamisvastuussa oleviin kuntayhtymiin niiden toiminnan perusteella.

Pykälän 2 momentissa säädetään sosiaali- ja terveysalueen oikeudellisesta vastuusta. Sen vastaa siitä, että sille säädetyt tehtävät tulevat lainmukaisesti hoidetuksi. Jos tässä on puutteita tai virheitä, sosiaali- ja terveysalue vastaa siitä aiheutuvista seuraamuksista.

55 §. *Varautuminen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin.* Pykälän 1 momentissa sää-

dettäisiin sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän velvollisuudesta varautua yhteistyössä alueensa kuntayhtymien kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteitä edellyttäviin häiriötilanteisiin ja suuronnettomuuksiin. Lisäksi 1 momentissa todetaan velvollisuus laatia valmiussuunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja jatkuvuuden varmistamiseksi myös poikkeusoloissa. Varautumista edellyttäviä häiriötilanteita ovat esimerkiksi myrskyt ja tulvat, väkivalta- ja terroritilanteet, säteilyvaaratilanteet, epidemiat, vedenjakelun häiriöt tai maksu- ja muiden tietojärjestelmien häiriöt. Häiriötilanteet voivat olla luonteelta äkillisiä ja niihin tulee varautua ennalta yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.

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 tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien 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 ehdotettavassa järjestämislaissa edellytetään, että sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnitelma laaditaan alueellisesti yhteistyössä kuntien ja tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien kanssa.

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 kyseessä olevan kunnan tai kuntayhtymän voimavarat huomioon ottaen on perusteltua.

Kotimaassa ja ulkomailla tapahtuvissa suuremmissa 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 avuksi saadaan muualta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, terveydenhuollon tarvikkeita ja laitteita sekä lääkkeitä. Potilaita saatetaan joutua myös siirtämään hoidettavaksi muualle, mikä usein edellyttää ilmaitse tapahtuvan lääkinnällistä evakuoitavalmiutta. Tulevaisuudessa voi tulla tarve nimetä valtakunnallisia toimijoita esimerkiksi varautumisen yhteisten tietojärjestelmien kehittämiseen ja ylläpitoon sekä muihin mahdollisiin varautumisen toimintoihin.

Ehdotettu 55 § vastaa terveydenhuoltolaisesta nyt olevaa 38 §:ää. Säännöstä on täydennetty siten, että se kattaa myös sosiaalihuollon.

56 §. Toimivalta häiriötilanteissa. Pykälässä säädetään viranomaisten toimivaltuuksista kahta tai useampaa tuottamisvastuussa olevaa kuntayhtymää tai sosiaali- ja terveysaluetta koskevissa häiriötilanteissa. Tällä hetkellä ei ole säännöksiä siitä, miten tällaisten laajalaisten häiriötilanteiden toiminta järjestetään ja kellä on johtamis- ja koordinaatiovastuu toiminnasta. Valmiuslaissa on säännökset yksittäisten toimintayksiköiden, muun terveydenhuollon sekä tiettyjen sosiaali- ja terveyspalvelujen ja terveydensuojelun toiminnan muuttamisesta valmiuslain tarkoittamissa poikkeusoloissa. Kyseiset säädökset ovat kuitenkin voimassa vain poikkeusoloissa niin erikseen säädettyä eivätkä ne sisällä mahdollisuutta siirtää koko toimialan toimintojen koordinoitua ja johtamista tarvittaessa laajemmalle alueelle. Häiriötilanteiden hallinnan kannalta on tärkeää, että tilanteen vakavuusasteen mukaan toimivaltuudet voidaan tarvittaessa siirtää laajemmalle alueelle ilman, että valmiuslain toimivaltuuksia otettaisiin

käyttöön, sekä tilanteissa, joissa valmiuslain edellytykset eivät täyty. Sen vuoksi pykälässä ehdotetaan säädettäväksi menettely, jossa sosiaali- ja terveysalue tai sosiaali- ja terveysministeriö voisi osoittaa johtamis- ja koordinaatiovastuun jollekin sellaiselle tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle, jonka toimintaan häiriötapahtuma välittömästi vaikuttaa. Johto- ja koordinaatiovastuun antaminen pääsääntöisesti jollekin tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle on perusteltua sen vuoksi, että se vastaa omalta osaltaan toiminnasta ja joutuu joka tapauksessa huolehtimaan oman henkilöstönsä ja resursien käytön kohdentamisesta. Lain 55 pykälässä säädetään varautumisesta häiriötilanteisiin. Varautumissuunnitelmissa tulisi myös ottaa huomioon kahta tai useampaa tuottamisvastuualuetta koskevat tilanteet ja suunnitella toiminnan johtaminen ja koordinaatio näissä tilanteissa.

Pykälän 1 momentissa säädetään tilanteesta, jossa häiriötilanne koskee sosiaali- ja terveysalueen sisällä kahta tuottamisvastuussa olevaa kuntayhtymää. Tällaisessa tilanteessa sosiaali- ja terveysalue voi määrätä jonkun tuottamisvastuussa olevista kuntayhtymistä johtamaan ja koordinoimaan toimintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Vastaavasti pykälän 2 momentin mukaan alueellisesti laajoissa kahta tai useampaa sosiaali- ja terveysaluetta koskevat häiriötilanteissa sosiaali- ja terveysministeriö voisi määrätä yhden tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän johtamaan ja koordinoimaan tilannetta sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Erityisen merkittävässä häiriötilanteissa voi sosiaali- ja terveysministeriö ottaa itselleen johto- ja koordinaatiovastuun sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Tällaisia erityisen merkittäviä häiriötilanteita voivat olla esimerkiksi merkittävät säteilytilanteet, pandemiatilanteet, tietojärjestelmiin ja tietoverkoihin liittyvät häiriötilanteet tai useaa sosiaali- ja terveysaluetta koskevat psykososiaalista tukea edellyttävät tilanteet.

Pykälän 3 momentissa säädetään häiriötilanteisiin liittyvästä ilmoitusvelvollisuudesta. Häiriötilanteiden johtaminen ja päätöksenteko perustuvat tilanneymmärrykseen ja ajan tasaiseen tilannekuvaan kaikilla hallinnon tasoilla. Sosiaali- ja terveysalue ja tuottamis-

vastuussa oleva kuntayhtymä tarvitsevat ajan tasalla olevaa tilannekuvaa johtaessaan sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilannetta. Sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on ilmoitettava sosiaali- ja terveysministeriölle ja aluehallintovirastolle toimialaansa koskevasta sellaisesta onnettomuudesta, vaaratilanteesta, poikkeuksellisesta tapahtumasta tai muusta vastaavasta häiriöstä tai häiriön uhkasta, jolla voi olla merkitystä muodostettaessa sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvaa.

57 §. Järjestämismääräyksen siirtyminen eräissä tapauksissa. Pykälässä ehdotetaan säädettäväksi sosiaali- ja terveysalueiden välisestä palvelujen järjestämismääräyksestä tapauksissa, joissa henkilö käyttää kotikuntalain (201/1994) 3 a §:ssä säädettyä oikeutta valita kotikunta. Näissä tapauksissa palveluja koskeva järjestämismääräys siirtyy muuttopäivästä lukien uuden kotikunnan mukaiselle 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 järjestämismääräys siirtyy muuttopäivästä lukien sille sosiaali- ja terveysalueelle, johon uusi kotikunta kuuluu. Jos sekä entinen että uusi kotikunta kuuluisivat samaan alueeseen, ei muutto vaikuttaisi järjestämismääräykseen.

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 Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen päätöksen perusteella. Myös näissä tilanteissa on perusteltua, että palvelujen järjestämismääräys siirtyy uuden kotikunnan mukaiselle alueelle.

Uuden kotikunnan mukaisen sosiaali- ja terveysalueen järjestämismääräys koskee kaikkia henkilön tarvitsemia palveluja. Tämän mukaisesti hänelle tulee järjestää aiemmin tehtyjen päätösten mukaiset palvelut sekä myös mahdollisesti tarvittavat uudet palvelut.

Kotikunnan muuttuminen edellyttää muuttoilmoituksen tekemistä kotikuntalaisissa säädettyllä 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 muuttamisen edellytyksenä kuitenkin olisi, että hän tekee muuttoilmoitusta vastaavan ilmoituksen maistraatille. Kotikuntalain 7 §:n 1 momentissa säädetään tarkemmin ilmoitusvelvollisuudesta näissä tilanteissa.

Ehdotettavassa 57 §:ssä säädetään järjestämismääräyksen siirtymisestä laitoshoidossa, perhehoidossa tai asumispalveluissa olevan henkilön kotikunnan muuttuessa. Voimassa olevan sosiaalihuoltolain 42 b §:n perusteella entisen kotikunnan vastuu hoidon kustannuksista jatkuu kotikunnan muutoksesta huolimatta. Ehdotuksen perusteella kotikunnan muuttuessa myös kustannusvastuu siirtyy tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle. Sosiaalihuoltolain 16 a §:n ja kotikuntalain 3 a §:n mukaista oikeutta kotikunnan vaihtamiseen on käytetty vuosina 2011 – 2012 hyvin vähän. Tehdyn selvityksen perusteella selvitykseen vastanneet 129 kuntaa tai yhteistoiminta-alueita ilmoittivat, että hieman alle 300 henkilöä oli vaihtanut kotikuntaa. Näiden siirtymisten kustannukset olivat kuntien ilmoitusten perusteella yleensä melko vähäiset. Suurin osa kunnista ilmoitti, että sosiaalihuoltolain ja kotikuntalain muutoksilla ei ollut taloudellista merkitystä. Niiden 21 kunnan osalta, jotka ilmoittivat lisäkustannuksista, vaikutus vaihteli 6 100 ja 340 000 euron välillä. Kustannusvastuun siirtymisen merkitys tulee lisäksi pienenemään järjestämismääräyksen ja kustannusvastuun siirtyessä uudistuksen myötä nykyistä laajemmalle väestöpohjalle. Kustannusvastuu jääminen entiselle kotikunnalle on myös osoittautunut hallinnollisesti raskaaksi.

Kuntien kyselyyn antamat vastaukset osoittivat, että sosiaalihuoltolain ja kotikuntalain muutoksilla ei eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta ole ollut kovinkaan huomattavia vaikutuksia kunnille. Kotikunnan vaihtumisia ja siitä seuranneita palvelujen järjestämisvastuun siirtymisiä ei ole tapahtunut kovin suuressa määrin, eikä muuttojen kunnallistaloudellinen vaikutus ole ollut kovin merkittävä. Kuntien välisen kustannusvastuun toteuttaminen sosiaalihuoltolain 42 b §:ssä tarkoitetulla tavalla on edellä sanotun perusteella osoittautunut epätarkoituksenmukaiseksi ratkaisuksi. Tämän vuoksi sosiaalihuoltolain 42 b § kumotaan järjestämislain säätämisen yhteydessä.

58 §. *Palvelujen tuottaminen kotikunnan muuttuessa.* Pykälässä ehdotetaan säädettäväksi menettelystä siinä tapauksessa, että henkilö hakee kunnalliseen tuottamisvastuuseen 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 palveluja kyseiseen kunnan mukaiselta kuntayhtymältä samoin perustein kuin muuton kohteena olevan kunnan asukkaalla. Sosiaalihuoltolain nykyisessä 16 a §:ssä käytetty termi ”itsenäinen asuminen” on epätarkoituksenmukainen, eikä sitä enää käytettäisi nyt ehdotettavassa pykälässä.

Sen kuntayhtymän, jolle hakemus on tullut, tulisi pykälän 2 momentin mukaan tehdä henkilön palvelutarpeen arviointi yhteistyössä hakijan kotikunnan mukaisen tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän kanssa, sekä päättää siitä, myönnetäänkö palvelu vai ei. Hakemuksen vastaanottamisesta tulisi ilmoittaa henkilön palveluista hakemushetkellä vastaavalle kuntayhtymälle.

Terveiden 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. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäperi 35/2013) mukaan nykyisen sosiaalihuoltolain 16 a §:n mukaista oikeutta hakeutua 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 rajaus 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 hänen 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 kuntayhtymä vastaisi jatkossa normaalien periaatteiden mukaisesti henkilön tarvitsemien palvelujen tuottamisesta. Uusi kuntayhtymä voisi myös

myöhemmin arvioida henkilön palvelutarvetta uudelleen ja sijoittaa hänet palvelutarvetaan paremmin vastaavaan hoitopaikkaan kuin mikä oli käytössä muuton jälkeen.

Hakemusasian käsittelyssä ja päätöksenteossa tulisi noudattaa sosiaalihuoltolakia, sosiaalihuollon asiakaslakia sekä palvelutarpeen mukaan mahdollisesti sovellettavaksi tulevaa sosiaali- ja terveystalveluja 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.

Hakemusasiaa käsittelevän tahon ja hakijan kotikunnan tai sen mukaisen kuntayhtymän 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 säädetäväksi 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 kuntayhtymän, jonka velvollisuutena on tuottaa hakijan palvelut hakemusajankohtana, olisi yleensäkin annettava hakemuksen käsittelyä varten kaikki tarvittavat tiedot. Hakemusasiaa käsittelevällä viranomaisella 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 tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän 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 tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle ja asian käsittely on vielä kesken. Hakemusmenettelyn valvonnan varmistamiseksi ehdotetaan, että sen tahon, jolle hakemus on tehty, tulee välittömästi ilmoittaa asiasta hakijan kotikunnan mukaiselle kuntayhtymälle. Tällöin hakija voidaan nopeasti havaita ja estää sellainen menettely, jossa saman henkilön palvelutarpeen arviointi tulisi vireille useassa paikassa samanaikaisesti. Käytännössä kuntien ja kuntayhtymien 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 säädetäisiin tarkemmin menettelystä sen jälkeen, kun tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä on tehnyt hakijalle myönteisen päätöksen ja myöntänyt tälle hoitopaikan palveluineen. Henkilön tulisi tällöin määräajassa ensinnä ilmoittaa palvelujen vastaanottamisesta ja tämän jälkeen myös tosiasiallisesti muuttaa uuteen hoitopaikkaan, jotta kotikunnan muutos ja tuottamisvastuun 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 tuottamisesta vastaavat tahot 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

vaikutuisi. 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 loullisesti.

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 tarvitsemiaan palveluja koskeva tuottamisvastuu siirtyisi päätöksen tehneelle kuntayhtymälle.

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.

59 §. Terveysthuollon järjestäminen eräissä tapauksissa. Pykälässä säädetään eräiden kolmansista maista tulleiden työntekijöiden rinnastamisesta kunnan asukkaisiin silloin kun he tarvitsevat terveysthuollon palveluja. Säännös johtuu Euroopan Unionissa hyväksytyistä direktiiveistä. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/98/EU, jäljempänä yhdistelmälapadirektiivi edellyttää yhdenvertaisen kohtelun toteuttamista eli direktiivin tarkoittamia työntekijöitä on kohdeltava yhdenvertaisesti jäsenvaltion omien kansalaisten kanssa muun muassa terveysthuollon osalta. 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 terveysthuollon palveluihin samoin perustein kuin kotikuntalaiset mukaiset kunnan asukkaat.

Pykälä koskee myös Euroopan unionissa hyväksytyä direktiiviä 2009/50/EY eli direktiiviä kolmansien maiden kansalaisten maahantulon ja oleskelun edellytyksistä korkeaa pätevyyttä vaativaa työtä varten. Säännös on samansisältöinen nykyisen kansanterveysthuollon 14 §:n kanssa ja erikoissairaanhoidon 3 §:n 1 momentin kanssa. Sisällöllisesti mainittujen direktiivien täytäntöönpanon yhteydessä tehdyt muutokset kansanterveysthuollon lakiin ja erikoissairaanhoidon lakiin eivät muuttuisi tässä esityksessä eikä näiden työntekijöiden oikeuksiin tulisi muutosta.

60 §. Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito. Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysthuollon toiminnassa syntyneiden asiakas- ja potilastietojen rekisterinpidosta. Henkilötietolain (523/1999) 3 §:n 4 kohdassa olevan pääsäännön perusteella tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän toiminnassa syntyvien asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitäjä olisi lähtökohtaisesti asianomainen kuntayhtymä.

Pykälän 1 momentissa säädetään kuitenkin, että henkilötietolain 3 §:ssä tarkoitettu rekisterinpitäjä onkin sosiaali- ja terveysthuollon sen järjestämistä varten kuuluvassa toiminnassa syntyneille sosiaali- ja terveysthuollon asiakirjoille. Järjestämistä varten olevan sosiaali- ja terveysthuollon rekisterinpitäjyyttä puoltavat muun muassa yhteisten rekisterien sisällä joustavasti mahdollistuva sosiaali- ja terveysthuollon palveluverkon ja palveluntuottajien välisen työnjaon kehittäminen sekä säädökset ja vakiintuneet käytännöt, joissa järjestämistä varten toimiva tietojen rekisterinpitäjä. Tästä esimerkkinä on laki sosiaali- ja terveysthuollon palvelusetelistä (569/2009). Sosiaali- ja terveysthuollon toimista rekisterinpitäjä on myös tapauksissa, joissa palvelut hankitaan ostopalveluna tai palvelusetelillä yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta.

Julkisen sosiaali- tai terveysthuollon toimintayksiköiden tai rekisterinpitäjien toiminnan yhdistyessä ovat ennen yhdistymistä syntyneet rekisterit siirretty osaksi uuden organisaation vastaavaa käyttötarkoitusta var-

ten olevaa asiakas- tai potilasrekisteriä. Tämän mukaisesti myös ennen sosiaali- ja terveysalueen perustamista syntyneet asiakas- ja potilasasiakirjat siirtyvät osaksi sosiaali- ja terveysalueen asiakas- ja potilasrekistereitä niiden käyttötarkoituksen 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. Näissä laeissa on säädetty muun muassa asiakas- ja potilastietojen ja niitä sisältävien asiakirjojen salassapidosta ja tietojen käsittelystä.

Koska sosiaali- ja terveysalue on rekisterinpitäjä alueen tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien asiakas- ja potilasrekistereille, salassapitosäännökset eivät estä asiakas- ja potilassuhteissa tarvittavien tietojen käsittelyä, vaikka tiedot olisi saatu samaan sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvan toisen tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän toiminnassa. Salassa pidettävien asiakas- ja potilastietojen käsittelylle pitää kuitenkin aina olla asiakastietolain perusteella asiakas- tai potilassuhde ja henkilötietolain 8 §:n perusteella asiayhteys. Lisäksi mainituissa laeissa on tarkempia säännöksiä muun ohella tietojen luovuttamisesta toimintayksiköiden välillä sekä asiakkaan- ja potilaan tarkastusoikeudesta. Tällä lailla ei muuteta mainituissa asiakas- ja potilastietojen käsittelyä säätelevissä laeissa olevia säännöksiä.

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 (Kanta-palvelu) on sosiaali- ja terveysalueiden ja tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien toiminnan alkaessa vuonna 2017 jo suurin osa hoidon kannalta merkityksellisestä 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 tuotanteen toimijan kanssa säilytykseen liittyvistä järjestelyistä tarkoituksenmukaisimmalla tavalla.

Pykälän 3 momentissa säädetään asiakas- ja potilasasiakirjamerkintöjä laativien vastuusta. Asiakirjat laaditaan tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien omassa toiminnassa sekä myös yksityisten palvelujen tuottajien toiminnassa silloin kun niitä on hankittu ostopalveluna tai palvelusetelillä. Henkilötietolain perusteella rekisterinpitäjän tulee huolehtia henkilötietojen käsittelystä koskevien periaatteiden toteutumisesta (luku 2), varmistaa rekisteröidyn oikeudet (luku 6) ja huolehtia tietoturvallisuudesta ja tietojen säilyttämisestä (luku 7). Sosiaali- ja terveysalueen laajuuden vuoksi kaikkien tehtävien toteuttaminen pelkästään rekisterinpitäjäksi ehdotetun kuntayhtymän toimesta olisi hyvin hankalaa. Tämän takia laissa ehdotetaan järjestelyä, jossa vastuu olisi jaettu sosiaali- ja terveysalueen ja sen järjestämispäätöksen perusteella toimivien sosiaali- ja terveyspalveluista tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien kesken. Järjestely on samankaltainen kuin sähköisistä lääkemääräyksistä annetussa laissa (61/2007), jossa rekisterinpitäjänä toimii Kansaneläkelaitos, mutta tietojen oikeellisuudesta vastaavat tietoja tuottavat yksiköt, sekä kunnalliset että yksityiset. Sosiaali- ja terveysalueen vastuu painottuisi erityisesti henkilötietolain 2 ja 7 lukujen mukaisiin vaa-

timuksiin ja palveluja tuottavien yksiköiden vastuu puolestaan liittyisi 2, 3 ja 6 lukujen mukaisesti tehtäviin. Tästä säädettäisiin nimenomaisesti toteamalla toimijoiden yhteinen vastuu henkilötietojen asianmukaisesta käsittelystä ja henkilötietolain noudattamisesta.

Hankittaessa sosiaali- ja terveyspalveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta 16 §:n 1 momentin 3–5 kohdassa säädetyllä tavalla, tulisi palvelut hankkivan kuntayhtymän huolehtia siitä, että palvelun tuottava yritys tai yhdistys tai muu palvelun tuottaja noudattaa asiakirjojen laatimista ja rekisterinpitoa koskevia säännöksiä. Tästä tulee huolehtia palvelujen hankinnasta tehtävissä sopimuksissa.

Pykälän 4 momentissa säädetään asiakkaiden ja potilaiden tarkastusoikeuden toteuttamisesta, virheiden korjaamisesta noudatettava menettelystä ja lokitietojen saamista koskevan pyynnön esittämisestä. Säännös on tarpeen sen vuoksi, että rekisterinpitäjä ja palvelun tuottava kuntayhtymä ovat erillisiä organisaatioita. Henkilötietolain mukaisen tarkastuspyynnön voi säännöksen perusteella tehdä sekä sosiaali- ja terveysalueelle että tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle. Sama koskee lokitietojen saamiseksi tehtävää pyyntöä. Jos sosiaali- tai terveydenhuollon asiakas tai potilas on havainnut virheen itseään koskevassa asiakas- tai potilasasiakirjassa, virheen korjauspyyntö on sen sijaan tehtävä sille kuntayhtymälle, jonka palveluksessa virheen tehnyt henkilö on ollut virheen tehdessään.

61 §. Henkilöstön ammattitaidon ylläpito. Pykälä velvoittaa sosiaali- ja terveysaluetta sekä tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä huolehtimaan henkilöstön täydennyskoulutuksesta. Säännös velvoittaa huolehtimaan siitä, että sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu koulutuksensa, tehtäviensä, työn vaativuuden ja toimikuvan 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 rahoitus-

vastuu henkilökuntansa täydennyskoulutuksesta.

Lainkohdassa olevan valtuutuslainsäädännön 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.

62 §. 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), jollei lailla toisin säädetä. Säännös koskisi siten sekä valtioneuvostoa että aluehallintovirastoa ja Valviraa. Valtioneuvoston päätökseen haetaan muutosta korkeimmalta hallinto-oikeudelta. Aluehallintoviraston ja Valviran päätökseen haetaan muutosta hallinto-oikeudelta.

63 §. Voimaantulo. Ehdotuksen mukaan lain voimaantulosta säädetään lailla.

1.2 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaantulo

1 §. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaantulo. Pykälässä säädetään järjestämislain voimaantulon ajankohta. Tarkoituksena on, että laki tulisi voimaan mahdollisimman pian sen hyväksymisen ja vahvistamisen jälkeen vuonna 2015.

Lisäksi pykälässä säädetään erikseen järjestämislain 4–7, 9, 32 ja 55 §:ien sekä 56 §:n 1 momentin voimaantulosta. Tarkoituksena on,

että tulevat pääsäännöstä poiketen voimaan vasta vuoden 2017 alusta lukien. Tämä perustuu siihen, että säännökset liittyvät uuden järjestämislain mukaiseen toimintaan ja organisaatioihin. Niitä vastaavat aiemmat säännökset, jotka perustuvat nykyiseen organisaatorakenteeseen, ovat voimassa vuoden 2016 loppuun saakka.

2 §. Kumottavat lait. Pykälässä säädetään järjestämislain perusteella vuoden 2017 alusta tarpeettomaksi käyvien lakien kumoamisesta. Säännöksen perusteella kansanterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettu laki kumotaan 1 päivästä tammikuuta 2017 lukien.

3 §. Järjestämistä tuottamistavasta alkaminen. Pykälän perusteella lain mukaisten sosiaali- ja terveysalueiden järjestämistä tuottamistavasta alkavaa 1 päivästä tammikuuta 2017. Tämä tarkoittaa, että sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään ja tuotetaan vuoden 2016 loppuun saakka aiempien säännösten perusteella ja mukaisena. Toimintaan sovelletaan tämän mukaisesti muu muassa sosiaalihuoltolain, kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain, kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain, terveydenhuoltolain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain säännöksiä. Sosiaali- ja terveysalueet ja tuottamistavasta olevat kuntayhtymät tulee kuitenkin perustaa jo aiemmin vuosina 2015 tai 2016 siten, että ne voivat ottaa vastaan järjestämistä tuottamistavasta vuoden 2017 alusta lukien.

4 §. Valtion koulutuskorvaus ja korvaus tutkimustoimintaan. Pykälän todetaan selvyden vuoksi, että järjestämislain 37–46 §:ien perusteella suoritettavat valtion korvaukset lääkäreiden ja hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutuksen sekä yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen aiheuttamiin kustannuksiin suoritetaan ensimmäisen kerran vuonna 2015. Säännös on tarpeen, koska laki ei tule voimaan vuoden 2015 alusta lukien.

5 §. Eräiden järjestämislain säännösten soveltaminen kuntiin ja kuntayhtymiin. Pykälässä säädetään eräiden järjestämislain säännösten soveltamisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä nyt vastuussa oleviin

kuntiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiin järjestämislain voimaantulosta lukien vuoden 2016 loppuun saakka. Mainitut säännökset on laadittu järjestämislain mukaisiksi, eivätkä ne sanamuotonsa perusteella sovellu automaattisesti lain voimaantullessa toimiviin kuntiin ja kuntayhtymiin joilla on järjestämistä tuottamistavasta sosiaali- ja terveyspalvelusta. Säännöksiä on kuitenkin perusteltua soveltaa myös nykyisissä rakenteissa, minkä vuoksi laissa on tätä koskeva nimenomainen säännös.

6 §. Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymiin kuuluvat kunnat. Pykälässä säädetään kuntien sijoittumisesta sosiaali- ja terveysalueisiin niitä ensimmäisen kerran muodostettaessa. Jatkossa kuntien sijoittumisesta sosiaali- ja terveysalueelle päättää valtioneuvosto järjestämislain 10 §:n perusteella. Muutos voidaan tehdä kunnan esityksestä. Muutos ei myöskään edellytä voimaantulossa olevan kuntaluettelon muuttamista.

Pykälän 1–5 kohdissa määrätään se sosiaali- ja terveysalue, johon kunta kuuluu. Kuntien sijoittaminen sosiaali- ja terveysalueisiin perustuu kuntien kuulemiseen, joka on tapahtunut samassa yhteydessä kuin niitä on kuultu tätä hallituksen esitystä koskevasta luonnoksesta.

Kahdeksan kuntaa on esittänyt sijoittumista jonkun muun kuin nykyisen erityisvastuualueen pohjalta muodostuvaan sosiaali- ja terveysalueeseen. Esitykset ovat perustuneet kuntien valtuustojen päätöksiin. KYS-ervan alueella vaihtamista on ehdottanut Uuraisten kunta ja Keuruun kaupunki, jotka molemmat ovat esittäneet sijoittumista TAYS-ervan pohjalta muodostettavaan sote-alueeseen. TAYS-ervan alueella Kärkölan ja Pukkilan kunnat sekä Lahden kaupunki ovat esittäneet sijoittumista HYKS-erva-pohjaiseen sote-alueeseen. TYKS-erva-alueen kunnat Jämijärvi, Karvia ja Punkalaidun ovat esittäneet sijoittumista TAYS-erva-alueen pohjalta muodostettavaan sote-alueeseen.

Sosiaali- ja terveysalueista päätettäessä on ensisijaisesti otettu huomioon kuntien valtuustojen asiassa tekemiä päätöksiä. Lisäksi on katsottu perustelluksi, että sosiaali- ja terveysalueista muodostetaan alueellisesti yhtenäisiä. Näiden edellytysten lisäksi päätöksis-

sä on otettu huomioon laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvät alueelliset, maantieteelliset ja olemassa olevaan palvelurakenteeseen liittyvät tekijät. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa olemassa olevat yhteistoimintajärjestelyt, työssäkäyntialueet, kuntalaisten asiointisuuntaa sekä etäisyys palveluihin.

Kuulemisen mukaisesti Jämijärven kunta, Karvian kunta ja Punkalaitumen kunta sijoitetaan Keskiseen sosiaali- ja terveysalueeseen. Näiden kuntien liittäminen parantaa Keskisen sosiaali- ja terveysalueen alueellista yhtenäisyyttä. Jämijärvi ja Karvia sijaitsevat TYKS-ervan laidalla ja iso osa kuntalaisten asioinnista suuntautuu TAYS-ervan puolella sijaitseviin kuntiin. Vaihdoista perustelee myös kuntien etäisyys yliopistollisista keskussairaaloista. Tampereen yliopistollinen keskussairaala on lähempänä näitä kuntia kuin Turun yliopistollinen sairaala. Lisäksi julkiset kulkuyhteydet ovat paremmat Tampereen kuin Turun suuntaan. Molemmissa kunnissa on vakaa sisäinen yksimielisyys vaihdoksesta.

Punkalaitumen kunta on siirtynyt Satakunnan maakunnasta Pirkanmaan maakuntaan vuoden 2005 alusta lähtien. Punkalaidun kuuluu edelleen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin, mutta muilta osin yhteistyö suuntautuu keskeisesti Pirkanmaan suuntaan. Punkalaidun kuuluu esimerkiksi Sastamalan seudun sosiaali- ja terveyspalvelut Sotesiin. Punkalaidun on suunnitellut tulevaa tuottamisyhteistyötä Pirkanmaan kuntien kanssa.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kaikki kunnat kuuluvat ehdotetaan sijoitettavaksi Eteläiseen sosiaali- ja terveysalueeseen. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä on tehnyt valtioneuvostolle 21.1.2013 esityksen kuntayhtymän siirrosta TAYS-erityisvastuualueesta HYKS-erityisvastuualueeseen. Vaihtoesitystä perusteltiin muun muassa sillä, että HYKS-erityisvastuualueen toiminnot ovat alueen kunnista TAYS-erityisvastuualueen toimipaikkoja paremmin saavutettavissa, parempien julkisten yhteyksien sekä lyhyemmän matka-ajan päässä. Lisäksi erityisesti Lahden kaupungin nähtiin liittyvän yhä selkeämmäksi osaksi pääkaupunkiseudun metropolialuetta. Myös Päijät-Hämeen liitto on

kannattanut Päijät-Hämeen kuntien siirtämistä HYKS-erva-pohjaiseen sote-alueeseen. Alueen kunnista Lahti, Kärkölä ja Pukkila esittivät niiden sijoittumista Eteläiselle sosiaali- ja terveysalueelle.

Esityksen valmistelussa on kuntien esitysten, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän ja maakunnan liiton esitysten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksenmukaisen toteuttamisen perusteella päädytty esittämään Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluvien kuntien sijoittamista Eteläiseen sosiaali- ja terveysalueeseen.

Uuraisten ja Keuruun kuntia ei sijoiteta niiden esittämiin sosiaali- ja terveysalueisiin. Uurainen on Keski-Suomen kunta, joka ei sijaitse TAYS-ervan tai sen pohjalta muodostettavan Keskisen sosiaali- ja terveysalueen rajalla. Tämän vuoksi Uuraisten liittäminen Keskiseen sote-alueeseen muodostaisi alueellisesti rikkonaisen sote-alueen. Lisäksi Uuraisten kunta toi kuulemisessa esiin, että ”olemassa olevan tiedon valossa ei kunnassa voida tehdä riittävään tietoon perustuvaa harkittua valintaa eri sote-alueiden välillä”. Tilastokeskuksen mukaan Uurainen kuuluu Jyväskylän kaupungin työssäkäyntialueeseen. Jyväskylä kuuluu KYS-ervan pohjalta muodostettavaan Itäiseen sosiaali- ja terveysalueeseen.

Sekä Keuruu että Uurainen tuottavat sosiaalipalvelut itse, mutta kaikki terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Uurainen kuuluu perusterveydenhuollon osalta Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskukseen ja Keuruu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin omistamaan seututerveyskeskusliikelaitokseen. Keskeisin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö suuntautuu molemmissa kunnissa siis Keski-Suomeen.

7 §. Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perustaminen. Pykälässä säädetään menettelystä ja aikataulusta perustettaessa sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymiä.

Pykälän 1 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perustamisesta ja kuntayhtymän perussopimuksesta päätetään kuntien edustajainkokouksessa.

Edustajainkokouksen koolle kutumisesta säädetään 2 momentissa. Sen mukaan edusta-

jainkokouksen kutsuu ensimmäisen kerran koolle aluehallintovirasto. Koska aluehallintovirastojen ja sosiaali- ja terveysalueiden rajat eivät ole yhtenevät, kokouksen koollekutsuja on lainkohdan mukaan se aluehallintovirasto, jonka alueella on enemmistö kunnista. Kokous on kutsuttava koolle ensimmäisen kerran viimeistään toukokuussa 2015. Kokousta johtaa aluehallintoviraston nimeämän henkilö siihen saakka kunnes edustajainkokous on valinnut sille puheenjohtajan ja varapuheenjohtajan.

Pykälän 3 momentin mukaan sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymää perustettaessa jokaisella kunnalla on edustajainkokouksessa kunnan päättämä määrä edustajia, kuitenkin vähintään yksi ja enintään viisi edustajaa. Kunnan edustajien äänimäärä edustajainkokouksessa määräytyy ehdotuksen mukaan edellisen vuoden lopussa olleen kunnan asukasluvun perusteella siten, että kutakin alkaa 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 alueen kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Edustajainkokouksen päätös edellyttää 4 momentin mukaan, että hyväksymistä kannattaa yli puolet kokouksessa edustettuna olevista äänistä. Lisäksi edellytetään, että vähintään kolmasosa edustettuna olevista kunnista ja enemmistö näiden kuntien edustajista kannattaa päätöstä. Kunnan kannatus laskeaan kunnan edustajien enemmistön kannatuksen perusteella. Pykälän 5 momentin perusteella edustajainkokous antaa tarpeelliset määräykset kuntayhtymän perussopimuksen ja muiden asioiden valmistelusta ja päätösten täytäntöönpanosta sekä päättää kuntayhtymän perustamisesta aiheutuvien yhteisten kustannusten suorittamisesta. Käytännössä edustajainkokouksessa tulee sopia siitä, miten kuntayhtymän perustamisen edellyttämä valmistelu toteutetaan ja ketkä vastaavat tästä valmistelusta. Edustajainkokouksen menettelystä ja muutoksenhausta edustajainkokouksen päätökseen noudatetaan muutoin so-

veltuvien osin, mitä valtuustosta säädetään kuntalain 7 ja 11 luvussa.

Pykälän viimeisessä 6 momentissa säädetään sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perussopimuksen hyväksymisestä ja kuntayhtymän toiminnan käynnistämisestä. Säännöksen perusteella kuntayhtymän perussopimus on hyväksyttävä viimeistään loka-kuun lopussa vuonna 2015. Kuntayhtymän on lisäksi aloitettava toimintansa viimeistään vuoden 2016 alussa. Tällöin sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymällä olisi vuosi aikaa valmistautua järjestämislain mukaisen järjestämisvastuun ja siitä aiheutuvien velvoitteiden käytännön hoitamiseen. Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymä voisi heti toimintansa käynnistymisestä lähtien ryhtyä toiminnan käynnistämisen edellyttämiin käytännön toimenpiteisiin.

8 §. *Valtioneuvoston toimivalta sosiaali- ja terveysalueen perustamiseksi.* Pykälässä on säädetty valtioneuvoston toimivallasta sen varalta, että sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perussopimuksesta ei ole päätetty 5 §:ssä säädetyn määräajan mukaisesti loka-kuun loppuun mennessä vuonna 2015. Pykälän 1 momentin mukaan valtioneuvoston on tällöin päätettävä perussopimuksesta. Ennen päätöksen tekemistä valtioneuvoston olisi kuultava asianomaiseen sosiaali- ja terveysalueeseen 3 §:n mukaan kuuluvia kuntia.

Pykälän 2 momentin perusteella valtioneuvoston päättämä perussopimus on voimassa toistaiseksi siihen asti, kunnes kunnat sopivat siitä toisin.

9 §. *Tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät.* Pykälässä säädetään tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien määrittelystä ja muodostamisesta sekä sosiaali- ja terveysalueen velvollisuudesta ryhtyä tarvittaessa toimenpiteisiin tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien muodostamiseksi. Lähtökohtana on, että kunnat sopivat itse keskenään järjestämislain 14 §:n mukaiset kriteerit täyttävien kuntayhtymien muodostamisesta.

Edellä kuvattua arviointia tehtäessä on otettava huomioon tilanne koko sosiaali- ja terveysalueella. Kuntien päätökset eivät saa johtaa tilanteeseen, jossa niiden ratkaisut heikentäisivät olennaisesti muiden kuntien asemaa ja asukkaiden mahdollisuuksia saada

lainsäädännön edellyttämät sosiaali- ja terveyspalvelut.

Pykälän 1 momentin perusteella kuntayhtymien on ilmoitettava sosiaali- ja terveysalueelle viimeistään 1 päivänä helmikuuta 2016 halukkuutensa toimia tuottamisvastuussa olevana kuntayhtymänä. Ilmoituksessa on oltava selvitys siitä, miten kuntayhtymä täyttää järjestämislain 14 §:n mukaiset edellytykset. Selvityksen perusteella sosiaali- ja terveysalueen pitää voida luotettavasti todeta edellytysten olemassaolo.

Siltä varalta, että kuntayhtymien ilmoitusten perusteella sosiaali- ja terveysalueelle ei synny kaikki kunnat kattavaa ratkaisua, on 2 momentissa sosiaali- ja terveysaluetta koskeva velvoite ryhtyä toimenpiteisiin. Säännöksen perusteella sosiaali- ja terveysalueen on kutsuttava koolle alueen kaikkien kuntien edustajat sen selvittämiseksi, miten alueella saadaan kattava ratkaisu tuottamisvastuun toteuttamiseksi. Tällainen kokous on kutsuttava koolle viimeistään 1 päivänä maaliskuuta 2016. Tarkoituksena on, että näiden neuvottelujen pohjalta kunnat sopivat vapaaehtoisesti koko sosiaali- ja terveysalueen käsittävistä ratkaisusta, joka täyttää järjestämislain 14 §:n mukaiset kriteerit.

Pykälän 3 momentin mukaan sosiaali- ja terveysalue voi velvoittaa kunnat muodostamaan tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät jos pykälän 1 ja 2 momentin perusteella ei synny koko alueen asianmukaisesti kattavia ratkaisuja tuottamisvastuussa olevista kuntayhtymistä. Sosiaali- ja terveysalueen on tällöin määriteltävä kunnat joiden tulee yhdessä muodostaa tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä. Näiden kuntien edustajat on kutsuttava edustajainkokoukseen, jonka on käynnistettävä kuntayhtymän muodostaminen siten kuin 4 §:ssä säädetään sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän muodostamisesta.

Sosiaali- ja terveysalueen toimenpitein käynnistetyn kuntayhtymän perustaminen on toteutettava siten, että se voi aloittaa toimintansa viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2017.

Pykälän 4 ja 5 momentissa on 6 §:ää vastaava säännös sen varalta, että tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän jäsen kunnat eivät ole päättäneet kuntayhtymän perustami-

sesta ja perussopimuksesta 31 päivään loka-kuuta 2016 mennessä. Määräaika perustuu siihen, että sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätös pitää hyväksyä viimeistään kyseisenä päivänä. Tällöin on myös tiedossa ne kuntayhtymät, jotka ovat saamassa tuottamisvastuun. Säännöksen mukaan sosiaali- ja terveysalue laati tällaisessa tilanteessa perussopimuksen ja sitä on noudatettava siihen saakka kunnes kunnat sopivat perussopimuksesta toisin.

10 §. Sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksen laatiminen. Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen ensimmäisen järjestämispäätöksen laatimisesta. Järjestämispäätös on laadittava siten, että se hyväksytään sosiaali- ja terveysalueen yhtymävaltuustossa viimeistään lokakuussa 2016 eli kaksi kuukautta ennen kuin järjestämislain mukainen toiminta käynnistyy. Järjestämispäätöksessä on tällöin oltava järjestämislain 12 §:n 2 momentissa todettujen asioiden lisäksi selvitys siitä, miten sosiaali- ja terveyspalvelujen häiriötön toiminta varmistetaan järjestämis- ja tuottamisvastuiden siirtyessä vuoden 2017 alussa uusille organisaatioille.

Ensimmäistä järjestämispäätöstä valmisteltaessa ei ole vielä päätetty tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä. Jotta tuottamisvastuun kannalta tärkeät asiat tulevat asianmukaisesti huomioon otetuiksi, pykälän 2 momentissa edellytetään, tässä tilanteessa on kuultava niitä kuntayhtymiä, jotka on tarkoitus määrätä tuottamisvastuussa oleviksi kuntayhtymiksi. Lisäksi samalla on huolehdittava alueen asukkaiden kuulemisesta siten kuin järjestämislain 12 ja 30 §:ssä säädetään.

11 §. 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 muodostettavien tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymän palvelukseen. Henkilöstö siirtyy tällöin sen kuntayhtymän palvelukseen, jolla on tuottamisvastuu niistä tehtävistä, joissa asianomainen henkilö on ollut ennen tuottamisvastuun siirron toteutumista. Tuottamisvastuun siirtyminen kuntayhtymäl-

le katsotaan liikkeenluovutukseksi, jos se johtaa henkilöstön työnantajan vaihtumiseen.

Pykälän 2 momentin mukaan järjestämislain ja tämän voimaantulolain mukaiset tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien 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.

12 §. Omaisuusjärjestelyt. Pykälässä säädetään kunnissa ja kuntayhtymissä nyt sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa käytettävää omaisuutta koskevista järjestelyistä uudistusta toteutettaessa.

Säännöksen 1 momentin mukaan lähtökohdانا 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 tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle. Kunnat voivat myös purkaa olemassa olevat kuntayhtymät, jolloin niiden omaisuus jaetaan kuntayhtymän perussopimuksessa määrättyllä tavalla.

Pykälän 2 momentissa säädetään, että jos kunnat eivät ole sopineet omaisuusjärjestelyistä, 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 tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille. 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 tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle.

Pykälän 4 momentissa todetaan, että omaisuusjärjestelyihin liittyvistä veroseuraamuksista säädetään varainsiirtoverolaissa (931/1996) ja arvonlisäverolaissa (1501/1993).

13 §. Oikeuksien ja velvoitteiden siirtyminen. Pykälässä säädetään sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyvien oikeuksien, velvoitteiden ja vastuitten siirtymisestä nykyisiltä kunnilta ja kuntayhtymiltä sosiaali- ja terveysalueille sekä tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille. Säännöksen 1 momentin perusteella lain voimaantuloa edeltävään aikaan perustuvat oikeudet, luvat ja velvoitteet siirtyvät sille kuntayhtymälle, jolle tuottamisvastuukin siirtyy.

Järjestämislaki on tarkoitus vahvistaa keväällä 2015 ja se tulee voimaan mahdollisimman pian vahvistamisen jälkeen. Järjestämis- ja tuottamisvastuu siirtyvät sosiaali- ja terveysalueille sekä tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille vuoden 2017 alussa. Jotta nyt järjestämisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät eivät tekisi väliaikana tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien kannalta tarpeettomia sopimuksia, ehdotetaan lainkohdassa lisäksi säädettäväksi, että lain vahvistamisen ja alueiden toiminnan käynnistymisen (2017 alku) välisenä aikana tehdyistä sopimusvelvoitteista vastaa sopimuksen tekijä. Tuottamisvastuun saava kuntayhtymä ja sopimuksen tekijä voivat kuitenkin sopia, että myös tällaisena väliaikana tehtyihin sopimuksiin perustuvat velvoitteet siirtyvät tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle.

Tuottamisvastuu voi siirtyä myös kahdelle tai useammalle eri kuntayhtymälle. Tällaisessa tilanteessa pitää myös selvittää se, miten vastuut jakautuvat. Pykälän 2 momentin perusteella vastuitten jakautuminen määriteltäi-

siin noudattaen kuntarakennelain 8 luvussa olevia periaatteita ja säännöksiä. Lähtökohdiana on, että vastuitten jakautumisesta sovittaisiin, mutta jos sopimusta ei syntyisi, asia pitäisi ratkaista kuntarakennelain 38 §:n mukaisessa välitysmenettelyssä.

Pykälän 3 momentin perusteella kunnat voisivat sopia oikeuksien ja velvoitteiden siirtymisestä myös toisin kuin 1 ja 2 momentissa on säädetty.

14 §. Sosiaali- ja terveysalueen rahoituksen siirtymäjärjestely. Järjestämislain 33 §:n perusteella kunnat rahoittavat sosiaali- ja terveysalueen toiminnan niin sanotulla kapitaa-tioperiaatteella. Rahoitus määräytyy mainitun säännöksen mukaan kunnan asukasmäärän, ikärakenteen ja sairastavuuden perusteella. Ehdotuksen mukainen menettely tarkoittaa, että sosiaali- ja terveydenhuollosta kunnalle aiheutuvat kustannukset voivat muuttua huomattavasti aiempaan verrattuna. Osalla kuntia kustannukset kasvavat ja osalla laskevat.

Jotta uuteen järjestelmään siirtyminen ei aiheuttaisi äkillisesti kohtuuttoman suurta muutosta etenkin aiempaa enemmän maksavien kunnan menoihin, lakiin ehdotetaan 4 vuoden siirtymäkautta, jonka aikana tasataan muutosta. Ehdotettavan säännöksen perusteella vuotuinen asukaskohtainen muutos vuosien 2012–2014 keskimääräisiin asukaskohtaisiin kustannuksiin tasattaisiin vuosina 2017–2020 siten että maksuosuuden lisäys tai vähennys olisi enintään seuraava:

vuonna 2017	50 €/asukas
vuonna 2018	150 €/asukas
vuonna 2019	250 €/asukas
vuonna 2020	400 €/asukas

Jos kunnan maksuosuuden muutos olisi suurempi kuin 400 €/asukas, tätä suurempi muutos tasataan myös vuoden 2020 jälkeen toistaiseksi.

Tasauksen vaikutukset otetaan huomioon sosiaali- terveysalueen talousarviossa siten, että kuntien tasatut maksuosuudet kattavat kuntayhtymän toiminnan aiheuttamat kustannukset.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voitaisiin tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä tasauksen tekemisestä.

15 §. Muutostuki kunnille ja kuntayhtymille. Pykälässä säädetään uudistuksen toteut-

tamiseen liittyvästä muutostuesta. Ehdotettavan 1 momentin perusteella sosiaali- ja terveysministeriö vastaisi uudistuksen toimeenpanoon ja toteutukseen liittyvästä muutostuesta nyt järjestämisvastuussa oleville kunnille ja kuntayhtymille sekä jatkossa perustettaville uusille kuntayhtymille. Muutostuen käytännön järjestelyissä ministeriö tukeutuu tarvittavassa laajuudessa oman hallinnonalansa viranomaisiin sekä muihin viranomaisiin ja lisäksi muihin yhteistyötahoihin.

Pykälän 2 momentin perusteella perustettaville sosiaali- ja terveysalueiden kuntayhtymille osoitetaan vuosina 2015–2017 jokaiselle vuosittain tukea toimeenpanoon valtion talousarviossa osoitettavan määrärahan mukaisesti. Ennen sosiaali- ja terveysalueiden muodostamista määrärahalta voidaan palkata vuonna 2015 henkilöstöä aluehallintovirastoihin tai muuhun alueen kuntien osoittamaan tahoon edistämään uudistuksen toteutusta.

16 §. 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 tyytymätön voi hakea siihen oikaisua. Oikaisuvaatimuksen johdosta annetusta päätöksestä voi valittaa hallinto-oikeuteen. Pykälän 2 momentin mukaisesti valtion viranomaisten tekemien päätösten osalta sovellettaisiin muutoksenhaussa 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.

17 §. Voimaantulo. Pykälässä säädetään lain voimaantulosta. Tarkoituksena on, että laki tulisi voimaan mahdollisimman pian sen hyväksymisen ja vahvistamisen jälkeen. Lain 2 pykälä on kuitenkin tarkoitettu tulemaan voimaan vasta vuoden 2017 alusta lukien, mikä todetaan erikseen voimaantulosäännöksessä.

1.3 Laki varainsiirtoverolain väliaikaisesta muuttamisesta

43 d §. *Määräaikainen verovapaus sosiaali- ja terveysalueiden järjestelyssä.* Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueiden toteuttamiseen liittyvien kuntien toimitilojen omistusjärjestelyjen määräaikaisesta verovapaudesta. Tietyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosten toteuttamiseksi tehtävät toimitilajärjestelyt vapautettaisiin määräajaksi varainsiirtoverosta. Säännös vastaisi sisällöltään varainsiirtoverolain 43 b §:ää, jossa säädetään määräaikaisesta verovapaudesta kuntien rakennejärjestelyissä. Verohallinto palauttaisi suoritetun veron hakemuksesta.

Pykälän 1 momentin mukaan verovapaus koskisi sosiaalihuollon ja terveyden- ja sairaanhoidon sekä koulu-, nuoriso-, kirjasto-, kulttuuri-, liikunta- tai palo- ja pelastustoimen taikka kunnan tai kuntayhtymän yleishallinnon käytössä olleiden kiinteistöjen luovutuksia. Edellytyksenä olisi se, että kunta, kuntayhtymä tai niiden omistama kiinteistön omistamista ja hallintaa harjoittava osakeyhtiö luovuttaa kiinteistön toimitilojen hallintaa harjoittavalle, yhden tai useamman kunnan tai kuntayhtymän omistamalle osakeyhtiölle apporttina yhtiön osakkeita vastaan käytettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutoiminnassa. Luovutuksen tulisi asiallisesti liittyä järjestämislaissa tarkoitettujen veloitteiden toteuttamiseen, eikä verovapaus koskisi siis mitä tahansa soveltamisaikana toteutettuja kiinteistökannan luovutuksia. Verovapaus olisi määräaikainen ja koskisi vuosina 2015 - 2018 tehtyjä luovutuksia. Tarkoituksenmukaisten ylikunnallisten toimitilajärjestelyjen luomiselle olisi tällöin käytettävissä riittävästi aikaa.

Säännöksen tarkoittama määräaikainen vapautus varainsiirtoverosta koskisi kaikkien pykälän 1 momentissa lueteltujen toimialojen käytössä olevien kiinteistöjen tai kiinteistöjen hallintaan oikeuttavien osakkeiden luovutuksia, jotka tehdään säännöksessä tarkoitettuihin tavoin osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain mukaista rakennemuutosta. Verovapaus koskisi toimitiloja, jotka ovat olleet pääasiallisesti säännöksessä lueteltujen kunnan toimintojen käytössä ja jotka luovu-

tetaan sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Toimialat on rajattu esityksessä niin, että verovapaus ei kohdistuisi kuntien liikelaitosmaisten, elinkeinotoimintaa harjoittavien yksiköiden käytössä oleviin kiinteistöihin.

Järjestämislain mukainen rakennejärjestelytarve koskee vain sosiaalitoimea ja terveydenhuoltoa, joten huojennus rajoitettaisiin koskemaan vain tällaiseen käyttöön tulevia kiinteistöjä. Verovapaus edellyttäisi, että tilat tulevat välittömästi sosiaali- ja terveyspalvelutuotannon käyttöön. Jos yksittäistapauksissa esiintyy epäselvyyttä siitä, onko kysymyksessä pykälässä tarkoitettu käyttötarkoitus, asiaa arvioitaessa voitaisiin tukeutua arvonlisäverolain 35 ja 38 §:iin sisältyviin terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen sekä sosiaalihuollon määritelmiin sekä niitä koskevaan soveltamiskäytäntöön.

Kiinteistön omistamista ja hallintaa harjoittavalla yhtiöllä tarkoitettaisiin toimitilayhtiöitä, jotka hallitsevat pykälässä mainittujen peruspalveluiden tuottamiseen käytettävää kiinteistökantaa ja vuokraavat toimitiloja kuntasektorille harjoittamatta itse muuta toimintaa.

Pykälän 2 momentin mukaan verovapaus koskisi vastaavasti toimitilayhtiön osakkeiden luovutusta, jos sen omistama kiinteistö on ollut pääasiassa 1 momentissa lueteltujen toimintojen käytössä tai osakkeet oikeuttavat sellaisessa käytössä olevan huoneiston hallintaan.

Pääsääntöisyyttä arvioitaessa lähtökohtana olisi pidettävä pinta-alan mukaista käyttöä toimintojen tarkoituksiin. Huojennus edellyttäisi, että vähintään puolet pinta-alasta tulisi olla verovapauden edellyttämässä käytössä. Jos tiloja olisi yhteiskäytössä, ne tulisi jakaa pinta-alojen suhteessa pykälässä tarkoitettussa käytössä ja muussa käytössä olevaan. Pinta-alaperusteesta voitaisiin kuitenkin poiketa, jos eri käytössä olevat tilat poikkeavat huomattavasti toisistaan esimerkiksi ominaisuuksiltaan. Tällöin arviointiperusteena voitaisiin käyttää esimerkiksi rakennuskustannuksia.

Pykälän 3 ja 4 momenteissa säädettäisiin hakemusmenettelystä, jossa verovapauden edellytykset selvitetäisiin. Huojennushakemukseen tulisi liittää pykälän 3 momentin mukaan selvitys kiinteistön käytöstä ennen

luovutusta ja sen jälkeen. Pykälässä ei edellyttäisi, että luovutuksen kohde olisi sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä tietyn vähimmäisajan luovutuksen jälkeen. Verovapauden edellytyksenä olisi kuitenkin, että luovutettava kiinteistöomaisuus säilyisi edellä mainitussa käytössä myös tehtyjen rakennearjojen jälkeen. Jos luovutettu kohde vastoin esitettyä selvitystä luovuttaisiin edelleen toiseen käyttötarkoitukseen, suorittamatta jäänyt vero voitaisiin määrätä maksettavaksi, mikäli verovapaus on tullut myönnettyksi virheellisen selvityksen perusteella väärin perustein. Huojennusta ei olisi siis tarkoitettu käytettäväksi esimerkiksi tarpeettomaksi jäävän rakennuskannan yhtiöittämiseen sen myöhemmin tapahtuvan realisoinnin helpottamiseksi. Verohallinto voisi tarvittaessa pyytää valtiovarainministeriöltä lausunnon luovutuksen liittymisestä järjestämislaissa tarkoitettujen veloitteiden toteuttamiseen.

1.4 Laki eräiden kumotusta sosiaalihuoltolaista voimaan jätettyjen säännösten kumoamisesta

1 §. Pykälässä ehdotetaan kumottavaksi kumotun sosiaalihuoltolain voimaan jätetyt 2 luku, 40§, 5 luku ja 53–57 §:t. Pykälissä säädetään sosiaalihuollon hallinnosta, palvelujen kielestä, palvelujen aiheuttamien kustannusten korvauksista kuntien välillä sekä henkilöstön ammattitaidon ylläpidosta, kuntien välisestä yhteistoiminnasta ja viranomaisvalvonnasta. Uudistuksen yhteydessä vastaavat säännökset ehdotetaan otettavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavaan lakiin. Sen vuoksi mainitut pykälät ehdotetaan kumottavaksi.

2 §. Pykälässä säädetään lain voimaantuloa. Laki ehdotetaan tulemaan voimaan vuoden 2017 alusta lukien, jolloin sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisvastuu siirtyy nykyisiltä kunnilta ja kuntayhtymiltä järjestämislain mukaisille tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille.

1.5 Laki kansanterveyslain eräiden säännösten kumoamisesta

1 §. Pykälässä ehdotetaan kumottavaksi kansanterveyslain 2 ja 42–44§:t. Pykälissä

säädetään kansanterveystyön valvonnasta ja siihen liittyvästä ohjauksesta, tarkastusoikeudesta, määräyksistä ja pakkokeinoista, hallinnollisesta ohjauksesta ja kehotuksesta, valvonta-asian käsittelystä sekä valvontaviranomaisen tiedonsaantioikeudesta. Koska ehdotettuun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavaan lakiin esitetään otettavaksi asiasisällöltään edellä mainittuja kansanterveyslain pykäläiä vastaavat säännökset, on lainsäädännön selkeyden takia perusteltua kumota kansanterveyslaista edellä mainitut pykälät.

2 §. Pykälässä säädetään lain voimaantuloa. Laki ehdotetaan tulemaan voimaan samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain kanssa.

1.6 Laki erikoissairaanhoitolain eräiden säännösten kumoamisesta

1 §. Pykälässä ehdotetaan kumottavaksi erikoissairaanhoitolain 5, 51, 52 ja 53 §:t. Pykälissä säädetään erikoissairaanhoitolaisten valvonnasta ja siihen liittyvästä ohjauksesta, tarkastusoikeudesta, määräyksistä ja pakkokeinoista, hallinnollisesta ohjauksesta ja kehotuksesta, valvonta-asian käsittelystä sekä valvontaviranomaisen tiedonsaantioikeudesta. Ehdotetun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain säännökset vastaavat asiasisällöltään edellä mainittuja erikoissairaanhoitolain pykäläiä. Tämän perusteella mainitut erikoissairaanhoitolain pykälät voidaan kumota.

2 §. Pykälässä säädetään lain voimaantuloa. Laki ehdotetaan tulemaan voimaan samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain kanssa.

1.7 Laki terveydenhuoltolain eräiden säännösten kumoamisesta

1 §. Pykälässä ehdotetaan kumottavaksi terveydenhuoltolain (1326/2010) 5, 12 ja 58 - 66 §. Säännökset koskevat terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutusta, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä kunnassa, kunnan kustannusvastuuta hoidon kustannuksista, valtion korvauksia lääkäri- ja hammaslääkärinkoulutuksesta, valtion rahoitusta yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen sekä ter-

veydenhuollon toimintayksiköiden tilojen käyttöä koulutukseen ja tutkimukseen. Nyt ehdotettu järjestämislaki sisältää saman sisältöiset säännökset, minkä johdosta terveydenhuoltolain vastaavat säännökset voidaan kumota.

2 §. Pykälässä säädetään lain voimaantuloa. Laki ehdotetaan tulemaan voimaan samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain kanssa.

1.8 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain eräiden säännösten kumoamisesta

1 §. Pykälässä ehdotetaan kumottavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 5, 5 a ja 5 b §:t. Pykälissä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisesta kehittämisohjelmasta, sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta sekä kehittämishankkeelle myönnettävästä valtionavustuksesta. Nyt ehdotettu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettava laki sisältää säännökset valtakunnallisesta kehittämisohjelmasta ja sen toteuttamiseksi myönnettävästä hankeavustuksesta (31 §) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta (27 §). Edellä mainitut sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain pykälät tulee tämän seurauksena kumota.

2 §. Pykälässä säädetään lain voimaantuloa. Laki ehdotetaan tulemaan voimaan samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain kanssa.

1.9 Muuhun lainsäädäntöön tehtävät muutokset

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain perusteella on tarpeen tehdä muutoksia useimpiin voimassa oleviin sosiaalihuollosta ja terveydenhuollosta annettuihin lakeihin. Muutokset perustuvat pääosin siihen, että ehdotetussa järjestämislaissa olisi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta, hallintoa, järjestämis- ja tuottamisvastuuta, kustannustenjakoa, ohjausta ja kehittämistä sekä valvontaa koskevat keskeiset säännökset. Tämän perusteella näitä koskevat

säännökset voidaan pääsääntöisesti kumota sosiaalihuoltoa ja terveydenhuoltoa koskevista laeista. Lisäksi lakeihin on tarpeen tehdä teknisiä muutoksia järjestämisvastuussa olevan tahon muuttumisen perusteella. Tämän perusteella esimerkiksi säännökset, joissa käsitellään sairaanhoitopiirin tai kehitysvammaisten erityishuoltopiirin tehtäviä, muutetaan siten, että niissä viitataan sosiaali- ja terveysalueen tai tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän tehtäviin.

Useita terveydenhuoltolaissa nyt olevia säännöksiä ehdotetaan siirrettäväksi järjestämislakiin. Tämän seurauksena terveydenhuoltolain vastaavat säännökset ehdotetaan kumottavaksi. Tällaisia kumottavia säännöksiä on terveydenhuoltolain 1 luvussa olevat yleiset säännökset terveystalvelujen järjestämisestä (6 ja 10 §:t), luvussa 7 olevat säännökset valtion koulutus- ja tutkimuskorvauksista (59 - 66 §:t). Lisäksi eräät terveyden- ja sairaanhoidon järjestämiseen ja järjestämisvastuussa olevien tahojen yhteistyötä koskevat säännökset, kuten terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa koskeva 34 § ja erikoissairanhoidon järjestämissopimusta koskeva 43 §, voidaan kumota.

Teknisiä muutoksia on tehtävä lähes kaikkiin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon sisältöä koskeviin lakeihin. Muutokset voivat tarkoittaa yksittäisen pykälän kumoamista koska vastaava säännös on säädettävissä järjestämislaissa tai mainintaa järjestämisvastuussa olevasta tahosta, joka muutetaan järjestämislaissa säädettyä vastaavaksi. Tällaisia muutettavia lakeja ovat esimerkiksi:

alkoholilaki (1143/1994),
kehitysvammaisten erityishuollosta annettu laki (519/1977),
kuntouttavasta työtoiminnasta annettu laki (189/2001),
lapseen kohdistuneen seksuaali- ja pahoinpitelyrikoksen selvittämisen järjestämisestä annettu laki (1009/2008),
lastensuojelulaki (417/2007),
lääkelaki (395/1987),
lääketieteellisestä tutkimuksesta annettu laki (488/1999),
mielenterveyslaki (1116/1990),
omaishoidon tuesta annettu laki (937/2005),

potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki (785/1992),
 päihdehuoltolaki (41/1986),
 raittiustyölaki (828/1982),
 sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annettu laki (272/2005),
 sosiaalihuoltolaki (710/1982),
 sosiaalisesta luotoksesta annettu laki (1133/2002),
 sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettu laki (734/1992),
 tartuntatautilaki (583/1986),
 terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (559/1994),
 terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annettu laki (322/1987),
 työterveyshuoltolaki (1383/2001), ja
 vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annettu laki (380/1987).

Sosiaalihuollon tehtävistä on lisäksi säädetty eräissä perheoikeudellisia asioita käsittelevissä laeissa, kuten avioliittolaissa (234/1929), isyyslaissa (700/1975), adoptiolaisissa (22/2012), lapsen elatuksesta annetussa laissa (704/1975), lapsen huollosta ja tapamisoikeudesta annetussa laissa (361/1983) sekä lapsen huoltoa ja tapamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanosta annetussa laissa (619/1996). Myös näihin lakeihin on tarpeen tehdä sosiaalihuollon järjestämisvastuun muuttumista koskevat tekniset muutokset.

Tarvittavat muutokset on tarkoitus tehdä vuosien 2015 ja 2016 aikana

2 Tarkemmat säännökset

Esityksen mukaan tarkempia säännöksiä annetaan valtioneuvoston ja sosiaali- ja terveysministeriön asetuksilla. Osa asetuksista vastaa sisällöltään nykyisiä terveydenhuoltolain nojalla annettuja asetuksia.

Valtioneuvoston asetuksella annettaisiin tarkempia säännöksiä järjestämispäätöksessä määriteltävistä asioista (12 §) valtakunnallisesta keskittämisestä (17 §), valtakunnalliseen kehittämissuunnitelmaan liittyvien hankkeiden jakoperusteista (31 §), Aluehallintovirastojen ja Valviran välisestä työnjaos-

ta (47 §) ja valvontaan liittyvästä tarkastusmenettelystä (49 §).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella annettaisiin tarkempia säännöksiä omavalvontaohjelmasta (18 §), tulosoikeuksissa noudatettavista menettelytavoista (29 §) sekä palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä (36 §). Lisäksi ministeriön asetuksella säädetäisiin valtion korvauksista koulutustoimintaan ja terveydenhuollon tutkimustoimintaan (36, 39, 41 ja 46 §:t) sekä henkilöstön täydennyskoulutuksen sisällöstä ja laadusta (60 §).

3 Voimaantulo

Lait ehdotetaan tulemaan voimaan päivänä kuuta 2015, kuitenkin siten, että sosiaali- ja terveysalueiden ja tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien perussopimuksista on päätetty voimaantulolain 4 ja 6 §:ssä säädettyihin määräaikoihin mennessä. Järjestämislain mukainen järjestämisvastuu ja tuottamisvastuu on sosiaali- ja terveysalueilla sekä kuntayhtymillä 1 päivänä tammikuuta 2017 alkaen.

Lakien täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin voitaisiin kuitenkin ryhtyä jo ennen kuin lait tulevat voimaan.

4 Suhde perustuslakiin ja säätämisenjärjestys

4.1 Yleistä

Hallituksen esitystä on arvioitava erityisesti perustuslaissa säädettyjen perusoikeuksien ja kunnallisen itsehallinnon toteutumisen näkökulmasta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta keskeinen säännös on perustuslain 19 §. Perustuslain 19 §:ssä säädetään oikeudesta sosiaaliturvaan. Pykälän 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Pykälän 3 momentissa on julkiselle valalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riit-

tävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä.

Perustuslain 6 §:n 1 momentti sisältää vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta ja 6 §:n 2 momentti syrjinnän kiellon. Eri kuntien asukkaita ei tule ilman perusteltua syytä asettaa erilaiseen asemaan sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Perustuslain 17 §:n 2 momentissa säädetään jokaisen oikeudesta käyttää viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia sekä julkisen vallan velvollisuudesta huolehtia suomen- ja ruotsinkielisen väestön yhteiskunnallisista tarpeista samantyyppisten perusteiden mukaan. Pykälän 3 momentissa on lakiviittaus saamelaisien oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisissa.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien toteutumisen.

Perustuslain 121 §:n mukaan kunnan hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Pykälän 2 momentin mukaan kuntien hallinnon yleisistä perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Itsehallinnon on tarkoitettu suojaavan myös kuntien oikeutta päättää omasta taloudestaan. Pykälän 3 momentin mukaan kunnilla on verotusoikeus ja lailla säädetään verovelvollisuuden ja veron määräytymisen perusteista sekä verovelvollisen oikeusturvasta. Lisäksi kunnallinen itsehallinnon on katsottu muutoinkin edellyttävän, että kunnan taloudellista liikkumavaraa ei merkittävässä määrin sidota. Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 9.2 artiklan mukaan ”paikallisviranomaisten voimavarojen tulee olla riittävät suhteessa niihin velvoitteisiin, jotka niille on annettu perustuslaissa ja muissa laeissa”. Vaikka tätä rahoituksen riittävyttä korostavaa niin sanottua rahoitusperiaatetta ei nimenomaisesti todeta perustuslain 121 §:ssä, perustuslakivaliokunta ja hallintovaliokunta ovat usein ottaneet kantaa sen toteutumiseen silloin kun kunnille säädetään uusia tehtäviä tai velvollisuuksia. Rahoitusperiaate edellyttää, että kunkin lain yhteydessä varmistetaan voimavarojen riittävyys. Koska ehdotukset koskevat olennaisilta osin kunnallista toimintaa, on niiden osalta arvioitava ehdotettujen säännösten suhde perustuslain 121 §:ssä säädettyyn kunnalliseen itsehallintoon.

4.2 Esitysluonnoksen suhteesta perustuslakiin

Perustuslakivaliokunnan aiemmasta tulkintakäytännöstä

Kuntien erilaisista yhteistoimintavelvoitteista on säädetty tavallisessa lainsäätämisyksityksessä jo usean vuosikymmenen ajan. Eduskunnan perustuslakivaliokunta on käsitellyt kuntien lakisääteistä yhteistoimintaa useissa lausunnoissa. Perustuslakivaliokunnan käytännössä on pidetty mahdollisena säätää tavallisella lailla näistä niin sanotuista pakkokuntayhtymistä ja vastaavista kuntien yhteistoimintaelimistä, vaikka valiokunta onkin katsonut kuntien velvoittamisen lailla osallistumaan kuntayhtymään lähtökohtaisesti rajoittavan jossain määrin kunnallista itsehallintoa (PeVL 31/1996 vp). Vapaaehtoisinkin yhteistoiminnan osalta valiokunta on todennut seutuyhteistyöstä (PeVL 11a/1984 vp, s. 2/I), että on hankalaa perustuslain 121 §:ssä turvattuun kunnalliseen itsehallintoon sisältyvän kansanvaltaisuusperiaatteen kannalta, jos kuntien päätösvaltaa ja tehtäviä siirrettäisiin hyvin laajamittaisesti seudulliselle toimielimelle. Valiokunta on katsonut tämän näkökohdan koskevan ja viime kädessä rajoittavan myös kuntien kuntalain mukaista mahdollisuutta siirtää tehtäviään kuntayhtymille (PeVL 65/2002 vp, s. 3/I, PeVL 22/2006 vp, s. 2).

Kuntien pakollisen yhteistoiminnan järjestelyjä arvioidessaan perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt huomiota yhteistoimintatehtävien ylikunnalliseen luonteeseen, hallinnon tarkoituksenmukaiseen järjestämiseen sekä siihen, ettei noudatettava päätöksentekojärjestelmä anna yksittäiselle kunnalle yksipuolisen määräämisvallan mahdollistavaa asemaa. Merkitystä on annettu myös sille, onko järjestely supistanut oleellisesti yhteistoimintaan velvollisten kuntien yleistä toimialaa (PeVL 32/2001 vp, s. 2/II, PeVL 65/2002 vp, s. 2—3, PeVL 22/2006 vp, s. 2/II ja s. 3—4, PeVL 37/2006 vp, PeVL 11/1984 vp, s. 2/II, PeVL 65/2002 vp, s. 3/II, PeVL 42/1998 vp).

Ehdotettu malli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi perustuu viiteen laajaan, pakolliseen kuntayhtymään, joille osoitetaan järjestämisvastuu kaikista nykyisistä sosiaali-

ja terveydenhuollon lakisääteisistä tehtävistä. Aikaisemmista perustuslakivaliokunnan arvioimista kuntien pakollisen yhteistoiminnan järjestelyistä nyt esitetty malli rinnastuu erityisesti ns. Kainuun hallintokokeiluun, joka on ollut tähänastisista kuntien pakollisen yhteistoiminnan muodoista tehtävälaltaan laajin. Kokeilussa Kainuun maakunta huolehti pääosasta kuntien vastuulla olevista sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetustoimen tehtävistä. Perustuslakivaliokunta piti sääntelyä ”lähtökohtaisesti varsin ongelmallisena kunnallisen itsehallinnon keskeisten periaatteiden kannalta” (PeVL 65/2002 vp, s.3/I).

Kainuun hallintokokeilussa sääntelyn tarkoituksena oli turvata maakunnan asukkailla yhdenvertaiset mahdollisuudet saada peruspalveluja. Kokeilulla pyrittiin julkiseen valtaan perustuslain 19 §:n 3 momentissa ja 16 §:n 2 momentissa kohdistettujen veloitteiden mukaisesti turvaamaan maakunnan asukkaiden oikeutta riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä oikeutta kehittää itseään ja saada yhtäläisesti myös muuta kuin perusopetusta. Perustuslakivaliokunta totesi lausunnossaan PeVL 65/2002 vp, että sääntelylle oli perusoikeuksien kannalta painavia perusteita.

Valiokunta viittasi ratkaisuaan puoltavina seikkoina Kainuun poikkeuksellisen vaikeaan taloudelliseen ja sosiaaliseen tilanteeseen, joka jatkuessaan uhkaa alueen kuntien mahdollisuuksia tuottaa perusoikeuksiin liittyviä kunnallisia peruspalveluja riittävästi, sekä ehdotetun maakuntahallintojärjestelmän kansanvaltaisuuteen (välittömällä vaaleilla valittu maakuntavaltuusto) ja siihen, ettei sääntelyllä rajoiteta kuntien yleistä toimialaa tai oikeutta vapaaehtoisin tehtäviin eikä maakunnalle siirretä kuntien kaikkia pakollisia tehtäviä. Lisäksi valiokunta katsoi myös perustuslain 121.4 §:ssä ilmaistun mahdollisuuden säätää lailla itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla puoltavan ratkaisua. Valiokunta katsoi, että sääntely voidaan kokonaisarvion perusteella toteuttaa tällaisessa kokeiluyhteydessä tavallisen lain säätämisyjärjestyksessä (PeVL 65/2002 vp, s. 3/II).

Hallintokokeilua koskevan lain mukaan vaalijärjestelmä sisälsi alun perin kuntakohtaiset kiintiöt eli jokaiselle kunnalle taattiin

edustus maakuntavaltuustossa. Kuntakohtaisista kiintiöistä kuitenkin luovuttiin myöhemmässä vaiheessa vaalijärjestelmän monimutkaisuuden vuoksi. Perustuslakivaliokunta hyväksyi muutoksen viitaten siihen, että maakuntahallinnon rahoituksen perusteista säädettiin nyt tarkemmin laissa, jolloin pelkätään maakuntahallinnon päätöksillä ei ole mahdollista lisätä kuntien rahoitusvastuuta, ja siihen, että kyse on määräaikaisesta hallintokokeilusta (PeVL 22/2006 vp, s. 4).

Perustuslakivaliokunta (PeVL 37/2006 vp) on puolestaan katsonut Paras-puitelain käsitelyn yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon perustason tehtävissä olleen kyse siten rajatuista tehtäväkokonaisuuksista, ettei sääntely muodostunut ongelmalliseksi. Puitelain säätämisessä oli kyse pienten, alle 20 000 väestöpohjan kuntien velvoittamisesta yhteistoimintaan. Mainitussa perustuslakivaliokunnan lausunnossa otettiin kantaa erityisesti pienten kuntien pakolliseen yhteistyöhön. Ehdotetun mallin osalta on arvioitava myös suurten kuntien asemaa suhteessa tehtävän ylikunnalliseen luonteeseen.

4.3 Ehdotetun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän arviointia

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveyspalveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädetty julkisen vallan velvollisuus turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja velvoite edistää väestön terveyttä on pääsääntöisesti toteutettu siten, että kunnat on lainsäädännössä velvoitettu huolehtimaan näistä palveluista ja tehtävistä.

Perustuslain 19 §:n tulkinnassa ratkaisevasa asemassa on muun muassa se, miten riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut pystytään toteuttamaan väestölle asuinkunnasta riippumatta koko maassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua ja riittävyttä tulee tarkastella koko perusoikeusjärjestelmän kannalta, kuten esimerkiksi yhdenvertaisuuden ja syrjinnän kiellon näkökulmasta (HE 309/1993 vp, s). Perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt perusoikeusuudistusta säädettä-

essä erityistä huomiota kuntien tosiasiallisiin edellytyksiin suoriutua uudistuksesta aiheutuvista uusista tehtävistä ja velvoitteista (PeVM 25/1993 vp, s. 3/II, ks. myös PeVL 41/2002 vp, s. 3/II). Lähtökohtaisesti perustuslaki ei aseta estettä sille, että kunnilta otetaan pois niillä nykyään lain mukaan olevia tehtäviä. Hallituksen esityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen olisi kuitenkin jatkossakin kunnallishallinnon vastuulla.

Palvelujen riittävyyttä arvioitaessa lähtökohtana pidetään sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Riittävät palvelut eivät perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettuna mielessä samaistu kuitenkaan 19 §:n 1 momentin viimesijaiseen turvaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä säännös asettuu keskeiseen asemaan ratkaistaessa kysymystä siitä, kuinka riittävät, mutta myös välttämättömät, sosiaali- ja terveyspalvelut 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 perustelujen mukaan yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintaloikoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan.

Pirstaleisesti jakautunut palvelujen järjestämisvastuu on johtanut siihen, että sekä väestöryhmien väliset että alueelliset erot sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudessa ovat lisääntyneet ja eriarvoisuus sen myötä kasvanut merkittävän suureksi. Tämä näkyy sekä eri väestöryhmien välisinä että alueellisina hyvinvointi- ja terveyseroina. Eriarvoistumisen kasvu on siten sosiaali- ja terveydenhuollon osalta voimakasta. Tilanteeseen on kiinnitetty huomiota myös useissa kansainvälisissä arvioissa.

Erityisen ongelmallisena on pidetty erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen jakautumista eri vastuutahoille. Tämä kahtiajako on johtanut siihen, että peruspalvelujen re-

sursointi on jäänyt puutteelliseksi. Peruspalvelujen tila joillain alueilla on korkeintaan tyydyttävä. Esimerkiksi hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa on epätyydyttävällä tasolla. Henkilöstön saatavuus on alueittain vaikeaa. Myös lisääntyneet yksittäisten kuntien tekemät sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisulkoistukset vaikeuttavat muun muassa henkilöstön saatavuutta yksittäistä kuntaa laajemmilla alueilla.

Tilanne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen alueellisen järjestämismallin osalta on ollut pitkään sekava ja mahdollistanut alueellisesti hyvin erilaisen palvelutason. Käytännössä kunta- ja palvelurakennemuutosta sääntelevä Paras-puitelaki näyttää muuttaneen tilannetta entistä hajanaisemmaksi erityisesti sosiaalihuollon kannalta. Paras-puitelain velvoitteet myös jättivät laissa olevien poikkeusperusteiden myötä uudistuksen ulkopuolelle osan sellaisista kunnista, joilla on suuria vaikeuksia turvata sosiaali- ja terveyspalveluja kuntalaisilleen. Lisäksi Paras-puitelaki lakkasi olemasta voimassa vuoden 2013 lopussa, mutta sen sisältämät sosiaali- ja terveydenhuollon velvoitteet edelleen voimassa, mutta koskevat vain osaa niistä kunnista, joita velvoitteet alun perin koskivat. Velvoitteet kohdistuvat kuntiin varsin epäyhdenvertaisesti.

Edellä esitetyn perusteella voidaan arvioida, että nykyinen järjestelmä ei turvaa perusoikeuksien toteutumista riittävällä tavalla. Palvelujen nykytilaa on kuvattu tarkemmin yleisperustelujen jaksossa 2.13.

Kuntien rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä perustuu pitkään traditioon. Kunnilla olevien tehtävien kokonaisuudella on katsottu olevan suuri merkitys sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmän kannalta. Sillä, kuinka kunnat toteuttavat muiden toimialojen tehtäviä, on olennainen merkitys palvelutarpeelle ja siten palvelujärjestelmästä syntyville kustannuksille. Nykyinen kuntarakenne ja siinä tapahtunut väestökehitys on kuitenkin johtanut siihen, että sosiaali- ja terveyspalvelujen tehtävää on katsottu tarpeelliseksi erilaisina osakokonaisuuksina irrottamaan kuntien vastuulta ylikunnalliseksi tehtäväksi (erikoissairaanhoido, kehitysvammaisten erityishuolto, peruspalvelut Paras-uudistuksessa). Näissä osittaisuudistuksissa

yhteyden säilymisen kunnalliseen päätöksentekoon on kuitenkin katsottu tärkeäksi säilyttää.

Ehdotetussa mallissa koottaisiin nykyisestä hajautetusta mallista sosiaali- ja terveydenhuoltoon koko maan laajuisesti uudenlainen kuntien yhteistoimintaan perustuva yhtenäisen hallintorakenne. Esityksen mukaan vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä siirtyisi viidelle sosiaali- ja terveysalueelle, jotka olisivat hallintomalliltaan lakisääteisiä kuntayhtymiä. Samalla kootaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri osatoiminnot yhteen. Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymien järjestämisvastuusta erotettaisiin tuottamisvastuu, joka olisi sosiaali- ja terveysaluetta pienempien kuntayhtymien vastuulla. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus tulisi edelleen pääosin kunnilta.

Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon laajan integraation tarve perustuu pyrkimykseen turvata asiakkaiden ja potilaiden tarvitsemat palvelut ja niihin liittyvät oikeudet. Nykyinen pirstaleinen (ei-integroitu) järjestelmä on mahdollistanut sen, että vastuuta asiakkaiden ja potilaiden hoidosta on siirretty vastuutaholta toiselle ilman että samalla on varmistettu tarpeellisten palvelujen jatkuvuus. Tätä voi tapahtua esimerkiksi silloin kun erikoissairaanhoidon hoitajakson päättyessä henkilö tarvitsee kunnan järjestämiä palveluja. Tarve laajaan (vertikaaliseen eli perus- ja erikoistason sekä horisontaaliseen eli sosiaali- ja terveydenhuollon väliseen) integraatioon on nähty myös siinä, että nykyinen kahtiajako on johtanut palvelujen erilaiseen toteutumiseen. Toimintaa ei ole kyetty kehittämään kokonaisuutena. Hajautetussa järjestelmässä on sekä osaamisen että taloudellisen kantokyvyn näkökulmasta useita liian pieniä toimijoita ja yhä useammat pienet kunnat ovat päätyneet ulkoistamaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimintansa. Nykyinen pirstaleinen järjestelmä kannustaa toimijoita tavoittelemaan oman hyödyn maksimointia samalla heikentäen hoidon ja hoivan jatkuvuutta ja kokonaisvaltaista toteuttamista. Tämä merkitsee julkisten voimavarojen tehotonta käyttöä ja myös heikentää perustuslaissa julkiselle valalle asetetun perusoikeuksien turvaamisvastuun toteutumista.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen sijoituessa kokonaan samaan vastuuorganisaatioon, ohjaa rakennerratkaisu siihen, että vastuunkantajalla on sekä toiminnallinen että taloudellinen intressi kehittää tarpeeseen ja vaikuttavuuteen perustuen palvelukokonaisuuden kaikkia osia. Integraation toteuttamiseksi tarvitaan sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymiin sekä tuottamisvastuussa oleviin kuntayhtymiin myös sellaisia suuria kuntia, jotka voisivat lähtökohtaisesti itse selviytyä koko tehtävästä. Jos ne eivät ole mukana yhteistoiminnassa, ei muilla alueen kunnilla ole kantokykyä suoriutua tehtävästä edes yhdessä.

Edellä todettujen perustuslakivaliokunnan aiempien kannanottojen perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon siirtäminen ylikunnalliseksi tehtäväksi pakollisiin kuntayhtymiin rajoittaa sinänsä kuntien itsehallintoa. Kun järjestelmää arvioidaan erityisesti perustuslain 19 pykälän 3 momentissa tarkoitettujen sosiaalisten perusoikeuksien turvaamisen kannalta, on valiokunta pitänyt pakollisia kuntayhtymiä kuitenkin perustuslain kannalta hyväksyttävänä erityisesti terveydenhuollon järjestämisessä. Terveydenhuollossa tehtävät ovatkin jo nykyään varsin laajasti, myös perustason osalta, järjestetty ylikunnallisena. Nykytilaan verrattuna ehdotetussa kuntayhtymämallissa kunnan ja kunnan asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien kaventuminen kohdistuisi erityisesti sosiaalihuoltoon. Tosin sosiaalihuollonkin tehtävistä monet toteutetaan jo nykyään ylikunnallisena.

Perustuslain 19 pykälän 3 momentin perusoikeuksien turvaamisen keskeisenä keinona on sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalisen ja vertikaalisen integraation toteuttaminen. Näin ollen hallituksen käsityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon siirtäminen pakollisiin kuntayhtymiin on lähtökohtaisesti mahdollista koska näin voidaan parhaiten turvata 19 §:n 3 momentissa tarkoitettua sosiaali- ja terveyspalvelut sekä varmistaa 22 §:n edellyttämällä tavalla perusoikeuksien toteuttaminen yhdenvertaisesti maan eri osissa.

Ehdotetun mallin tavoitteena on jatkossa kyetä turvaamaan riittävät ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut eri puolilla Suomea ottaen huomioon perustuslain 22 §:n tarkoittama julkisen vallan velvoite turvata

perus- ja ihmisoikeudet. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on välttämätön, jotta perusoikeudet kyetään saattamaan edellä mainitun tavoin perustuslain suojan tasolle tulevana vuosina. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisesta kokonaisuudessaan ylikunnallisena siten, että myös suuret kunnat ovat jatkossa mukana kuntien yhteistoiminnassa.

Kansanvaltaisuuden toteutuminen

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien siirtoa ylikunnalliseksi tehtäväksi voidaan sinänsä pitää edellä esitetyillä perusteilla mahdollisena, on arvioitava toteutuuko ehdotetussa kuntayhtymämallissa perustuslain 121 pykälän tarkoittamalla tavalla kunnan ja kunnan asukkaiden mahdollisuudet vaikuttaa kansanvaltaisuusperiaatteen mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen.

Edellä esitetyissä perustuslakivaliokunnan tulkintakäytännöissä arvioinnin kohteena on ollut lähinnä se, rajoittaako tietyn laajuisten tehtävien siirto kunnilta pakkokuntayhtymälle kunnan asukkaille taattua itsehallintoa merkittävällä tavalla. Sen sijaan sitä, onko pakkokuntayhtymän suuruudella tältä kannalta olennaista merkitystä, ei aiemmassa tulkintakäytännössä ole arvioitu.

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän järjestettäväksi tulevien tehtävien siirto tarkoittaisi, että merkittävä kuntien tehtäväkonaisuus siirtyisi ylikunnalliseksi tehtäväksi kaikilta kunnilta, myös niiltä, joilta sitä ei aikaisemmin ole lakisääteisesti siirretty. Kunnallisen rahoitusvastuun säilyminen merkitsisi samalla, että kuntien budjetista keskimäärin hieman alle puolet siirtyisi kuntayhtymän päätösvaltaan. Tämä korostaa kansanvaltaisuusperiaatteen toteuttamisen tärkeyttä. Ehdotetussa mallissa sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymät muodostuvat poikkeuksellisen suuriksi. Yhdessä sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymässä voi olla yli 60 jäsenkuntaa.

Jäsenmäärältään ehdotetun laajuisten kuntayhtymien toiminnasta Suomessa ei ole kokemusta, lukuun ottamatta vammaispalveluista vastaavaa Eteva-kuntayhtymää, jossa on 47 jäsenkuntaa. Sen toiminta on kuitenkin nyt ehdotettuihin kuntayhtymiin nähden varsin kapea-alainen.

Poikkeuksellisen suuren kuntayhtymäkoon vuoksi yksittäisen pienen kunnan ja sen asukkaiden vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveysalueella jäävät varsin pieneksi samalla, kun tehtäviin liittyvä, kuntien talouden kannalta huomattava rahoitusvastuu jää edelleen kunnille. Valtionosuudet kattavat viime vuosina toteutettujen muutosten johdosta kuntien rahoitusvastuusta yhä pienemmän osuuden, jolloin kuntien verotuloista on käytettävä yhä suurempi osa lakisääteisten palvelujen järjestämiseen. Kunnan peruspalvelujen valtionosuusprosentti vuodelle 2015 on alle 26 prosenttia valtio- kuntasuhteessa. Yksittäisen kunnan laskennallinen valtionosuusprosentti on verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasauksen jälkeen pienimmillään 1,1 prosenttia (Kauniainen) ja suurin 67 prosenttia (Ranua). Tämä asetelma näyttyy erityisen ongelmallisena, jos kunnan ja sen asukkaiden vaikutusmahdollisuudet palvelujen järjestämistä koskevaan päätöksentekoon jäävät vähäisiksi.

Ehdotuksen mukaisissa sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymissä yksittäisen kunnan ja sen asukkaiden tosiasiallisten vaikutusmahdollisuuksien voidaan nähdä jäävän rajalliseksi, jos tarkastellaan pelkkiä yksinkertaisia äänienemmistöjä. Tämä koskee erityisesti pieniä kuntia. Noin 180 kunnan ääniosuus tulisi nykyisellä kuntajaolla jäämään sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymissä alle prosenttiin, kun alueiden suurimpien kaupunkien ääniosuudet vaihtelisivat noin 16 prosentista noin 29 prosenttiin seuraavasti: Helsinki noin 29 prosenttia, Oulu noin 25 prosenttia, Turku noin 21 prosenttia, Tampere noin 24 prosenttia ja Jyväskylä noin 16 prosenttia. Toisaalta Helsingin kanssa samassa sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymässä olisi lisäksi myös muita kaupunkeja, joiden ääniosuudet olisivat varsin suuret (muun muassa Espoo noin 12 prosenttia ja Vantaa noin 10 prosenttia, Lahti noin 4 prosenttia ja Kouvola noin 4 prosenttia). Päätösvallan suhteellinen jakautuma on siten kaiken kaikkiaan Etelä-Suomessa muista sosiaali- ja terveysalueista jossain määrin poikkeava. Millään sosiaali- ja terveysalueella ei yhden kunnan ääniosuus ylittäisi yli 50 prosenttia.

Edellä esitetystä pienten kuntien äänivallan vähäisyydestä johtuen ehdotetun lain 23 py-

kälä sisältää vaatimuksen, jonka mukaan järjestämispäätöksen ja talousarvion hyväksymisen yhteydessä äänen enemmistön lisäksi päätöstä tulisi kannattaa vähintään kolmasosa jäsenkunnista. Tämän säännöksen johdosta merkittävimmässä päätöksissä (järjestämispäätös ja talousarvio) edellytettäisiin, että päätöksellä on riittävää tukea riittävän monessa kunnassa. Tällöin päätöstä ei voitaisi hyväksyä myöskään pelkkien suurten kuntien kannatuksella. Edellä mainitulla sääntelyllä parannetaan siten olennaisesti pienten kuntien vaikutusmahdollisuutta sosiaali- ja terveysalueen päätöksenteossa.

Kunnallisen demokratian toteutumisen arvioinnissa on syytä antaa merkitystä myös palvelutuotannon toteuttamiselle. Ehdotetussa mallissa palvelujen järjestämistä vastuu on irrotettu palvelujen tuottamisvastuusta. Tuottamisvastuu ehdotetaan annettavaksi sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymää pienemmille kuntayhtymille. Tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä käyttää merkittävää päätösvaltaa palvelujen konkreettisen toteutuksen osalta. Kyse on nykyiseen järjestämistä vastuuseen liittyvästä päätöksenteon osa-alueesta, joka ehdotetussa mallissa irrotetaan pois sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän päätöksenteosta paikallisempaan päätöksentekoon. Näin ollen ehdotetussa mallissa sosiaali- ja terveysalueen järjestämistä vastuuseen nykyisin kuuluvaa päätöksentekovaltaa jaetaan uudella tavalla kahdelle tasolle. Sosiaali- ja terveysalueella päätösvalta kohdistuisi kaikkea strategisen tason kokonaisratkaisuihin, jossa mukana olisi koko palvelukokonaisuus perustasosta aina vaativiin erityistason palveluihin. Tällä alueellisesti suuremmassa kokonaisuudessa tapahtuvalla päätösvalalla on merkitystä erityisesti palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamisen sekä palvelukokonaisuuden kustannustehokkaan toteutuksen kannalta. Sen sijaan palvelujen käytännön toteutukseen liittyvää merkittävää päätösvaltaa käytettäisiin sosiaali- ja terveysaluetta paikallisemmalla tasolla tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä. Näissä tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä yksittäisten kuntien painoarvo päätöksenteossa olisi siten suurempi kuin sosiaali- ja terveysalueella. Näin ollen yksittäisen kunnan vaikutusmahdollisuudessa arvioidessa tulee ottaa huomioon

myös se, että palvelujen käytännön toteutuksessa merkittävin osa päätöksentekoa tapahtuisi suuri piirtein nykyisten sairaanhoitopiirien kokoisissa kuntayhtymissä, joiden keskimääräinen kuntamäärä olisi 16 eli merkittävästi pienempi kuin sosiaali- ja terveysalueiden kuntayhtymien kuntamäärä. Ehdotetussa mallissa kaikki kunnat olisivat mukana myös vaativan erityistason palveluja koskevassa päätöksenteossa.

Toisaalta Kainuun hallintokokeilu koski kahdeksaa kuntaa ja siinä perustuslakivaliokunta katsoi, että kunnalliseen itsehallintoon sisältyvän kansanvaltaisuusperiaatteen kannalta oli tärkeää, että Kainuun maakunnan päätösvaltaa käyttää maakunnan asukkaiden välittömällä vaaleilla valitsema toimielin. Kainuun hallintokokeilun kohdalla on syytä kuitenkin todeta, että kyseessä oli yhtäältä rajatulla alueella tapahtuva kokeilu ja toisaalta siinä tehtävien siirto koski sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi myös eräitä muita tehtäviä (maakunnan suunnittelu, alueiden kehittäminen, terveydenhuolto, sosiaalihuolto ja koulutus sekä niiden rahoitus siltä osin kuin nämä tehtävät kuuluvat maakunnan toimialaan Kainuun hallintokokeilusta annetun lain 343/2003, mukaan).

Kunnan vaikutusmahdollisuuksien osalta on syytä todeta lisäksi, että ehdotetun järjestämislain 21 §:ssä poliittisen edustavuuden vaatimus on kuntayhtymä koskevasta kuntalain sääntelystä poiketen ulotettu yhtymävaltuustoon. Yhtymävaltuuston valitsee edustajainkokous. Poliittinen edustavuus rajaisi jäsenkuntien valinnan mahdollisuuksia ja kaventaisi siltä osin kunnallisen itsehallinnon merkitystä, koska kunnat eivät saisi suoraan valita ylimpään toimielimeen haluamiaan edustajia. Ehdotetun järjestelyn ei sellaisenaan ole katsottu valmistelun yhteydessä olevan perustuslain kanssa ristiriidassa, mutta koska tämä vähentäisi kuntien vaikutusmahdollisuuksia ylimmässä toimielimessä tapahtuvassa päätöksenteossa, on se syytä huomioda kokonaisarviossa.

Kunnan rahoitusvastuusta

Perustuslakiarvioinnissa kunnan rahoitusvastuuta on tarkasteltava sekä kunnallisen

verotusoikeuden että rahoitusperiaatteen näkökulmasta.

Perustuslain 121 pykälän 3 momentin mukaan kunnilla on verotusoikeus. Verotusoikeuden keskeiseksi sisällöksi on valiokunnan käytännössä muodostunut se, että oikeudella tulee olla reaalin merkitys kuntien mahdollisuuksien kannalta päättää itsenäisesti taloudestaan (PeVL 12/2011 vp, s. 2/II, PeVL 29/2009 vp, s. 2/II).

Perustuslakivaliokunta on tulkintakäytännössään katsonut kunnalliseen itsehallinnon perustuslain suojaan kuuluvan rahoitusperiaatteen, jonka mukaan säädettyinä kunnille tehtäviä on huolehdittava kuntien tosiasiallisista edellytyksistä suoriutua velvoitteistaan (PeVL 34/2013 vp, s. 2/I, PeVL 30/2013 vp, s. 5/II, PeVL 12/2011 vp, s. 2/II, PeVL 41/2010 vp, s. 5/II).

Perustuslakivaliokunta on valtionosuusjärjestelmää koskevassa tulkintakäytännössään katsonut, ettei perustuslain turvaaman rahoitusperiaatteen kannalta ole pelkästään riittävä arvioida sen toteutumista koko kuntasektorin kannalta, koska asukkaiden itsehallinto on suojattu kussakin kunnassa (vrt. PeVL 41/2002 vp, s. 3/II, PeVL 16/2014 vp). Uudistuksen vaikutuksia on siten tarkasteltava myös yksittäisten kuntien osalta.

Perustuslakivaliokunta on myös kiinnittänyt huomiota tarpeeseen arvioida valtionosuusjärjestelmää kokonaisuutena kuntia koskevien, parhaillaan vireillä olevien lainsäädäntöhankkeiden yhteydessä (kuntarakenteen, kuntalain ja kuntien verontasausjärjestelmän uudistus sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos) kuntien taloudellisen kantokyvyn ja perustuslain kannalta (esimerkiksi PeVL 34/2013vp, PeVL 16/2014 vp, s. 4/II). Tämän vuoksi myös ehdotetun uudistuksen arvioinnissa tulisi ottaa huomioon valtionosuusjärjestelmän kunkohtaiset vaikutukset. Jos kuntien peruspalvelujen valtionosuudet säilyvät nykyisenlaisina, mutta yksittäisten kuntien maksuosuudet sosiaali- ja terveysalueella kasvavat voimakkaasti kuntien nykyisiin rahoitusvastuisiin verrattuna, muodostuu asetelma, joka ei enää ehkä vastaa ns. rahoitusperiaatteen mukaista velvoitetta huolehtia kuntien tosiasiallisista edellytyksistä suoriutua velvoitteistaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus tulisi edelleen pääosin kunnilta. Valtio osallistuu kustannuksiin ja niiden alueelliseen tasaukseen laskennallisen valtionosuusjärjestelmän kautta. Siten sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen lähtökohtaiseen vastuujakoon valtion ja kunnan välillä ei ehdoteta muutosta.

Ehdotuksen mukaan kuntien maksuosuudet sosiaali- ja terveysalueen rahoituksesta määräytyisivät kunnan asukaslukuun perustuvalla maksulla, jota painotettaisiin laissa säädettyjen, kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain mukaisten sairastavuus- ja ikärakennekriteerien perusteella. Rahoitusosuuden suuruus määräytyisi sosiaali- ja terveysalueen talousarviopäätöksen perusteella.

Kuten edellä kansanvaltaisuuden toteutumista koskevassa kohdassa on arvioitu sosiaali- ja terveydenhuollon osuus kunnan taloudesta on nykyään keskimäärin vajaa puolet. Kunnan peruspalvelujen valtionosuudella katetaan tästä keskimäärin alle 26 prosenttia. Kunkohtaiset laskennalliset valtionosuusprosentit vaihtelevat 1,1 prosentista 67 prosenttiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen suuren kuntataloudellinen merkityksen ja kunkohtaisten laskennallisten valtionosuusprosenttien tason vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon menot katetaan suurimaksi osaksi kunnan verotuloilla.

Kun tarkastellaan laskennallisesti kuntien maksuosuuksia verrattuna kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vuosina 2011 - 2013, noin puolella kunnista maksuosuudet kasvavat ja puolella pienenevät. Ehdotettu rahoitusratkaisu johtaisi joillakin kunnilla sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten huomattavaan nousuun.

Näistä laskennallisista muutoksista voidaan arvioida kunnille koituvia kustannusvaikutuksia erityisesti uudistuksen alkuvuosina. Muutoksen suuruuden vaikutusta ehdotetaan pienennettävän ensinnäkin voimaanpanolain 12 §:n mukaisilla rahoitusta koskevalla siirtymäsäännöksillä, joilla muutosta vaiheistetaan vuosina 2017–2020. Lisäksi vuodesta 2021 eteenpäin kuntien maksuosuudelle asetettaisiin niin sanottu tasauskatto, jonka ylittäviä laskennallisia rahoitusosuuden muutoksia ei huomioitaisi sosiaali- ja terveysalueen rahoituksessa, vaan ne katettaisiin yhteisesti

kaikkien kuntien maksuissa. Tämä tasauskatto olisi +/- 400 €/asukas vuosien 2012–2014 keskimääräisiin kustannuksiin verrattuna. Tämä tasauskatto koskisi sekä niitä, joiden maksuosuudet kasvaisivat, että niitä, joilla maksuosuudet pienenisivät. Tasauskatto olisi voimassa toistaiseksi.

Kuntakohtaisten laskelmien mukaan kuntien maksuosuusmuutoksien vaihteluväli olisi asukasta kohden laskettuna ilman edellä kuvattua tasausjärjestelmää 958 euron vähennyksestä 1 863 euron lisäykseen. Tasauskatto huomioiden vaihteluväli molemmissa ääripäissä enintään 400 euroa asukasta kohden. Tasauskaton on arvioitu muutoin varsin suurten laskennallisten kustannusten vaihteluvälien vuoksi olevan välttämätön.

Vuonna 2015 voimaantulevan valtionosuusuudistuksen perusteella kuntien valtionosuusmuutoksien vaihteluväli on asukasta kohden laskettuna 592 euron lisäyksestä 304 euron vähennykseen. Kuntakohtaisten suurten vaikutusten vuoksi uudistuksen vaikutuksia tasataan viiden vuoden ajan. Ehdotetun rahoitussäännöksen ja valtionosuusuudistuksen yhteisvaikutus lisäisi enimmillään kunnan kustannuksia 804 euroa asukasta kohden tai vähentäisi kunnan kustannuksia 714 euroa asukasta kohden. Valtionosuusleikkaukset merkitsevät lisäksi kuntien tulojen menetystä noin 259 euroa asukasta kohden. Sosiaali- ja terveysalueen rahoitussäännöksen ja valtionosuuden yhteisvaikutus ilman tasauskattoa ja laskettuna kunnallisveron tuottoon tarkoittaisi, että suurimmillaan veronkorotuspaine olisi laskennallisesti noin kuusi ja puoli prosenttiyksikköä veronalennusvaran ollessa noin 12 prosenttiyksikköä. Tämä tarkoittaisi kuntien vuodelle 2015 päättämien kunnallisveroprosenttien perusteella sitä, että alin kunnallinen veroprosentti olisi noin 7 ja ylin noin 27. Tasauskatto tasaa kuntakohtaisia vaikutuksia siten, että alin veroprosentti olisi noin 16,6 prosenttia ja ylimmillään noin 27,9 prosenttia. Kunnallisveroprosenttien ero kasvaisi siten nykyisestä kuudesta prosenttiyksiköstä noin 11 prosenttiyksikköön. Tämä lisäisi kuntien asukkaiden eriarvoista asemaa palvelujen rahoituksessa. Siten yhteisvaikutusta tulee arvioida perustuslain turvaaman yhdenvertaisuuden perusteella. Arvioinnissa on myös syytä ottaa huomioon, et-

tä nykyisessä järjestelmässä erityisesti monien pienten kuntien veronkorotuspaineet ovat suuret.

Verotuloihin tehtävä edellä todettu painelaskelma kuvaa lailla säädettävän sosiaali- ja terveysalueen rahoitus-säännöksen vaikutuksia kuntien mahdollisuuksiin vastata kuntiin jäävistä tehtävistä, koska kunnat voivat sopeuttaa toimintaansa vain niiden tehtävien osalta, jotka jäävät kuntiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksuvastuun osalta kunnat voivat vaikuttaa kustannuksiin osallistumalla sosiaali- ja terveysalueen päätöksentekoon. Kun kunnat voivat sopeuttaa toimintaansa vain jäljelle jäävään toimintaansa, jonka kustannusvaikutus on noin puolet, on todennäköistä, että osa kunnista joutuu nostamaan veroprosenttejaan.

Ehdotetussa mallissa sidotaan kuntien verotuloja lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien toiminnan rahoittamiseen. Toisaalta ehdotus ei lisää kuntien tehtäviä. Kunnat vastaavat nykyäänkin sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta pääosin verotuloilla. Kuten edellä on todettu, sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat kuntien taloudesta nykyään keksimäärin vajaa puolet. Kun ehdotettua mallia tarkastellaan siitä näkökulmasta, kuinka sidottua kunnan itsenäinen päätösvalta taloutensa osalta olisi, erona nykytilaa olisi se, että nyt järjestämistä vastuu siirtyy ylikunnalliseksi kaikilta kunnilta, kun se nykyään on lakisääteisesti ylikunnallista vai osalla kunnista. Lisäksi erona olisi se, että kuntien maksuosuuksien määräytymisestä säädettäisiin lailla, kun nykyään kunnat voivat sopia myös lakisääteisten kuntayhtymien maksujen määräytymisestä kuntayhtymien perussopimuksessa.

Kuntien rahoitusperiaatetta arvioitaessa on kuitenkin samalla otettava huomioon se, että koko uudistuksen tavoitteena on muodostaa uudenlainen integroitu palvelujärjestelmä, jonka avulla kyetään hillitsemään sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvua kokonaisuutena, josta hyötyisivät yleisesti kaikki kunnat. Ehdotetun uudistuksen kustannustehokkuuteen liittyviä vaikutuksia on kuvattu tarkemmin taloudellisten vaikutusten osiossa yleisperustelujen jaksossa 4.2. Valtionosuusjärjestelmä uudistuu vuoden 2015 alusta lukien ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjes-

telmä kaksi vuotta myöhemmin. Tämän vuoksi kunnilla on ollut aikaa sopeuttaa talouttansa ja toimintaansa valtionosuusmuutosten johdosta.

Rahoitusperiaatteen arvioinnissa tulee tarkastella lisäksi sitä, turvataanko säännöksillä tuottamisvastuullisten kuntayhtymien oikeus saada riittävä rahoitus tehtävänsä hoitamiseksi. Sosiaali- ja terveysalue rahoittaisi tuottamisvastuun aiheuttamat kustannukset korvauksella, joka maksettaisiin tuottamisvastuualueille.

Sosiaali- ja terveysalueen tulisi rahoittaa tuottamisvastuun aiheuttamat kustannukset tuottamisvastuualueelle. Ehdotetun lain 34 §:ssä säädettäisiin korvausperusteista. Korvauksesta vähintään 80 prosenttia määräytyisi asukaslukuun perustuvaan maksuun, jota painotettaisiin ikärakenteeseen ja sairastavuuteen perustuvilla tarvetekijöillä. Enintään 20 prosenttia korvauksesta olisi sellaista, jossa sosiaali- ja terveysalueen tulisi ottaa huomioon tuottamisvastuualueiden välinen työnjako, olosuhdetekijät, investoinnit sekä palvelujen toteutukseen liittyviä kustannustehokkuus- ja vaikuttavuustekijöitä. Tämän enintään 20 prosentin osalta sosiaali- ja terveysalueella olisi siten jossain määrin ohjausvaltaa rahoituksen kohdentamisella ja toiminnan ohjauksella rahoituksen kautta. Tavoitteena on siten turvata 80 prosentin asukaslukuun perustuvalla maksulla kaikille tuottamisvastuualueille ennakoitavissa oleva rahoitusosuus ja toisaalta enintään 20 prosentin osuudella sosiaali- ja terveysalueelle ohjausvaltaa siihen, että tuottamisvastuualueet toimisivat mahdollisimman kustannustehokkaasti eikä tuottamisvastuualueille syntyisi epäterveitä kannusteita kasvattaa omaa maksusuuttaan luoden samalla toimintojen päällekkäisyyttä ja tehottomuutta. Sosiaali- ja terveysalueen olisi kuitenkin kirjattava rahoituksen määräytymisperusteet järjestämispäätökseen.

Ehdotetun mallin tarkoituksenmukaisuus

Vaihtoehtoisina ratkaisumalleina ehdotetulle mallille voisivat olla joko yksitasoinen

kuntayhtymämalli tai sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien siirtäminen kokonaan pois kuntien vastuulta perustuslain 121 pykälän 4 momentin tarkoittamalle kuntaa suuremmalla hallintoalueella tapahtuvalle itsehallintotasolle.

Molemmilla edellä mainituilla malleilla voitaisiin lähtökohtaisesti turvata sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiotavoitteen toteutuminen. Yksitasoisessa kuntayhtymämallissa kansanvaltaisuus toteutuisi ehdotettua mallia jossain määrin paremmin, jos kuntayhtymiä olisi nyt ehdotettujen tuottamisvastuualueiden enimmäismäärän suuruinen lukumäärä. Sen sijaan rahoitusvastuu jäisi myös yksitasoisessa mallissa kunnille, joten rahoitusperiaatteeseen sekä kuntien verotuksen suojaan liittyviä kysymyksiä tulisi myös yksitasoisessa mallissa vastaavasti arvioida.

Alueellisella itsehallintotasolla kansanvaltaisuus toteutuisi välittömien vaalien kautta. Jos alueella itsehallintotasolla olisi oma lisäksi verotusoikeus, poistaisi se kuntien rahoitusvastuuseen liittyvät ongelmallisuudet.

Näiden edellä todettujen vaihtoehtoisten mallien voidaan myös katsoa olevan hallinnollisesti sekä rahoitusjärjestelmän osalta selkeämpiä kuin nyt ehdotettu malli. Nyt ehdotetun mallin on kuitenkin katsottu olevan näitä vaihtoehtoisia malleja tarkoituksenmukaisempi ensinnäkin koska sosiaali- ja terveydenhuollon kuntapohjaisuus on katsottu edelleen tärkeäksi säilyttää, jotta säilyisi päätöksenteon yhteys kunnan muihin toimialoihin sekä palvelujärjestelmän rahoituksen yhteys hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen liittyvään päätöksentekoon. Lisäksi sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuualueen tehtävien jakoa kahdelle kuntayhtymätasolle pidetään perusteltuna yhtäältä alueellisen kokonaisuuden hallinnan ja ohjattavuuden vuoksi sekä toisaalta paikallisemmän päätöksenteon turvaamisen johdosta. Toisaalta siirtymisen perustuslain 121 pykälän 4 momentin tarkoittamaan alueelliseen itsehallintoon merkitsisi suomalaiselle yhteiskuntajärjestelmälle hyvin merkittävää muutosta, jota ei ole katsottu perustelluksi tehdä vain sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeista käsin. Yleisperustelujen jaksossa 3.2. on kuvattu tarkemmin valitun mallin tarkoituksenmukaisuutta.

Äänivalta päätöksenteossa

Perustuslakivaliokunta on useissa kannanotoissaan katsonut, että lakisääteisessä kuntien yhteistoiminnassa yhden kunnan yksipuolinen määräämisvalta on ristiriidassa kunnallisen itsehallinnon kanssa, näin muun muassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien yhdistämiseksi annetusta lakiesityksestä antamassaan lausunnossa PeVL 42/1998 vp. Perustuslakivaliokunta totesi samassa lausunnossa, että ”Kuntien lakisääteisessä yhteistyössä on kuitenkin siihen osallistuvien kuntien näkökulmasta tarpeen järjestää päätösvallan käyttäminen niin, että esimerkiksi yksi tai kaksi kuntaa eivät voi muodostaa ehdotonta enemmistöä”.

Perustuslakivaliokunta on käsitellyt kunnan äänivallan rajoitusta myös muun muassa kunta- ja palvelurakennemuutoksen (PeVL 37/2006 vp) ja Kainuun hallintokokeilun (PeVL 65/2002 vp ja PeVL 22/2006 vp) käsitteilyn yhteydessä.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä perustuslakivaliokunta katsoi, että viime kädessä asukasluvuun perustuva päätöksentekojärjestelmä ei välttämättä kaikissa tapauksissa takaa väestömäärältään pienelle kunnalle mahdollisuutta tulla edustetuksi yhteistoiminta-alueen toimitelmissä. Valiokunta katsoi kunnan yksipuolisen määräämisvallan mahdollisuuden olevan vastoin valiokunnan vakiintunutta kantaa kuntien pakollisessa yhteistoiminnassa noudatettavasta päätöksentekojärjestelmästä. Valiokunnan kanta koski nimenomaan äänivallan jakautumista pakollisessa yhteistoiminnassa.

Perustuslakivaliokunta on toisaalta hyväksynyt sen, että kunnat voivat pakollisessa yhteistyössä sopia äänivallasta. Tämä mahdollistaa sen, että sopimusperusteisesti voi syntyä tilanne, jossa yhden kunnan edustajilla on määräävä enemmistö asioista päätettäessä. Perustuslakivaliokunta ei ole myöskään puuttanut lausuntokäytännössään kuntien vapaaehtoiseen yhteistoimintaan. Tähän liittyen kunnat ovat eräissä tapauksissa käytännössä sopineet äänivallan jakautumisesta siten, että yhdelle kunnalle on voinut muodostua yksipuolinen määräämisvalta.

Esityksen 19 ja 22 pykälissä säädettäisiin, että sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamis-

vastuussa olevaan kuntayhtymään sovelletaan mitä kuntalain 10 luvussa säädetään kuntayhtymästä, jollei lailla toisin säädetä. Esityksen 23 pykälä sisältäisi säädökset äänivallasta sekä sosiaali- ja terveysalueen että tuottamisvastuualueen kuntayhtymien päätöksenteossa.

Esityksen mukainen palvelurakenne ei viiden sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän osalta ole nykyisellä kuntarakenteella kuntien äänivaltaan liittyen perustuslain kanssa ristiriidassa. Jokaisesta sosiaali- ja terveysalueesta muodostuu niin suuri kuntayhtymä, ettei millään kunnalla ole yksin määräysvaltaa. Koska erityisesti pienten kuntien äänivalta jäisi muutoin sosiaali- ja terveysalueella hyvin vähäiseksi, sisältäisi 23 pykälä lisäksi vaatimuksen, jonka mukaan järjestämispäätöksen ja talousarvion hyväksymisen yhteydessä tulisi äänten enemmistön lisäksi päätöstä kannattaa yksi kolmasosa jäsenkunnista. Näin merkittävimmässä päätöksissä (järjestämispäätös ja talousarvio) edellytettäisiin, että päätöksellä on riittävää tukea riittävän monessa kunnassa. Tällöin päätöstä ei voitaisi hyväksyä myöskään pelkkien suurten kuntien kannatuksella.

Tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien osalta tilanne voi ilman erillistä sääntelyä muodostua äänivallan määräytymisen osalta perustuslain kanssa ristiriitaiseksi. Tästä syystä ehdotuksen 23 pykälään on otettu säännökset äänimäärän rajoittamisesta tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä siten, että tuottamisvastuussa olevassa kuntayhtymässä päätös edellyttää, että sitä kannattaa äänienemmistön lisäksi vähintään kahden kunnan edustajat siten, että näiden kahden kunnan edustajista yli puolet kannattaa kyseistä päätöstä. Tämä merkitsee, ettei tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän suurimmalla kunnalla, jolla olisi yksinkertainen äänten enemmistö, ole yksipuolista määräävä asemaa, mutta toisaalta myöskään kaikki muut kunnat eivät voi yhdessä päättää tällaisen suurimman kunnan tahdon vastaisesti.

Kuntien tehtävien säätäminen lailla

Perustuslain 121 pykälän 2 momentin mukaan kunnille annettavista tehtävistä sääde-

tään lailla. Säännöksen ensisijaisena tehtävänä on pidättää kunnan tehtävien määrittely lainsäätäjän toimivaltaan. Tähänastinen valtiosääntökäytäntö on keskittynyt lain ja asetuksen väliseen rajanvetoon tilanteissa, joissa tehtäviä annetaan kaikille kunnille. Peruslähdekohtana on, että kunnille ei voida antaa tehtäviä asetuksentasoisin säännöksin tai hallinnollisilla päätöksillä.

Lailla on riittävän täsmällisesti yksilöitävä kunnille tai kuntayhtymille annettavat tehtävät sekä riittävän täsmälliset perusteet, joiden mukaan palvelujen tuottamistehtävän saavat kuntayhtymät määräytyvät lain nojalla.

Ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä vastuu olisi viidellä sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymällä. Näihin kuntayhtymiin kuuluvat kunnat säädettäisiin esitykseen sisältyvässä voimaannpanolaisessa. Kaikki kunnat olisivat mukana tuottamisvastuullisissa kuntayhtymissä. Sosiaali- ja terveysalueen tulisi järjestämislakiehdotuksen mukaan päättää järjestämispäätöksessä siitä, millä kuntayhtymillä on tuottamisvastuu lakisääteisistä sosiaali- ja terveyspalvelusta.

Laissa säädettäisiin kuitenkin täsmälliset kriteerit tuottamisvastuualueille. Kriteereistä säädettäisiin lakiehdotuksen 14 §:ssä. Kriteerit liittyvät ensinnäkin toiminnan vastuun laajuuteen sekä toisaalta toimijalta vaadittavaan kantokykyyn. Lisäksi säännös sisältää alueellisen ja toiminnallisen eheyden vaatimuksen. Tämän lisäksi säädettäisiin siitä enimmäismäärästä, joka kullakin alueella saisi enintään olla tuottamisvastuullisia kuntayhtymiä. Tuottamisvastuullisten määrän rajoittamisella ohjattaisiin lainsäädännöllä säilyttämään tuottamisvastuualueet vähintään nykyisten sairaanhoitopiirien kokoisina. Kriteerit yhdessä johtavat siihen, että sosiaali- ja terveysalueen päätösvalta tuottamisvastuualueiden määrittelyssä kaventuu lähinnä siihen, onko alueella vähemmän tuottamisvastuullisia kuntayhtymiä kuin mitä laki enimmillään sallii. Lisäksi päätösvaltaa voidaan katsoa olevan jossain määrin siinä kuinka yksittäisten tuottamisvastuualueiden rajat reuna-alueilla määrittyisivät.

Ehdotetussa mallissa palvelujen järjestämistä vastuu ja tuottamisvastuu on irrotettu toisistaan siten, että sosiaali- ja terveysalueella

olisi järjestämistehtävänsä nojalla oikeus antaa ehdotetun lain 12 §:ssä tarkoitettu järjestämispäätös. Järjestämispäätös sisältää edellä kuvatun tuottamisvastuualueista päättämisen lisäksi päätösvaltaa siitä, kuinka sosiaali- ja terveyspalvelut tulee alueella järjestää. Tuottamisvastuukuntayhtymien tulisi tuottamisvastuutehtävää hoitaessaan noudattaa järjestämispäätöstä. Järjestämispäätöksen mukainen päätösvalta liittyy ennen kaikkea riittäviin, yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelujen turvaamiseen koko sosiaali- ja terveysalueen laajuisesti. Ehdotetussa mallissa voi koko maahan syntyä enimmillään 19 tuottamisvastuualuetta. Tämä tarkoittaa, että tuottamisvastuualueista muodostuu edelleen kantokyvyiltään varsin erilaisia. Tästä syystä on tarpeen, että sosiaali- ja terveysalue käyttää järjestämistä vastuuseen liittyvää päätösvaltaa yhdenvertaisten palvelujen turvaamiseksi alueellaan.

4.4 Kansallinen ohjaus

Esityksessä ehdotetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista ohjausta vahvistettaisiin nykyisestä. Tähän liittyen esitetään, että hallitus antaisi joka neljäs vuosi eduskunnalle selonteon sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteista sekä palvelujen järjestämistä koskevista strategisista linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi ottaa nämä tavoitteet huomioon ohjattaessaan kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi sosiaali- ja terveysministeriön sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden välisestä neuvottelumenettelystä, jossa luodaan lakisääteinen neuvottelumenettely, jossa sosiaali- ja terveysalueiden olisi vuosittain neuvoteltava sosiaali- ja terveysministeriön kanssa alueen järjestämistä vastuuseen kuuluvien tehtävien ja palvelujen toteuttamisesta. Ennen järjestämispäätöksen hyväksymistä tai siihen tehtäviä muutoksia sosiaali- ja terveysalueiden on kuultava sosiaali- ja terveysministeriötä sekä otettava huomioon ministeriön näkemykset.

Perustuslakivaliokunta on tulkintakäytännössään katsonut, että valtioneuvoston velvoittaminen antamaan määrätystä asiasta ja tietyssä ajassa selonteko eduskunnalle sovel-

tuu äärimmäisen huonosti perustuslaissa luotun järjestelmään (esim. PeVL 37/2006 vp, s. 8/II). Sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteiden saattaminen eduskunnan käsiteltäväksi on kuitenkin välttämätöntä eikä perustuslaki tunne muita vastaavia, tähän tarkoitukseen soveltuvia menettelyjä.

4.5 Asetuksenantovaltuudet

Perustuslain 80 §:n mukaan valtioneuvosto voi antaa asetuksia perustuslaissa tai muussa laissa säädetyn valtuuden nojalla. Lailla on kuitenkin säädettävä muun ohessa asioista, jotka perustuslain mukaan kuuluvat lain alaan. Myös muu viranomaisen voidaan lailla valtuuttaa antamaan oikeussääntöjä määrättyistä asioista, jos siihen on sääntelyn kohteeseen liittyviä erityisiä syitä eikä sääntelyn asiallinen merkitys edellytä, että asiasta säädetään lailla tai asetuksella. Tällaisen valtuutuksen tulee olla soveltamisalaltaan täsmällisesti rajattu.

Esityksessä on useita asetuksenantovaltuuksia valtioneuvostolle ja sosiaali- ja terveysministeriölle.

Ehdotetuilla asetuksenantovaltuuksilla mahdollistettaisiin laissa olevien säännösten perusteella tarkempien säännösten antaminen järjestämissä päätöksissä määrätävistä asioista (12 § 5 momentti), valtakunnallisesta keskittämisestä (17 § 1 ja 2 momentti), omavalvontaohjelmasta (18 § 3 momentti), tulosohejauksessa noudatettavista menettelytavoista (29 § 3 momentti), valtionavustuksen jakoperusteista (31 §:n 5 momentti), valtion korvausten määristä ja korvausmenettelyistä (36 §:n 2 momentti ja 46 §), valtion valvontaviranomaisten keskinäisestä työnjaosta (47 §:n 3 momentti ja sosiaalihuollon ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (61 §). Kaikista mainituista asioista laissa on todettu tehtävän keskeinen sisältö ja asetuksella voidaan antaa lakia täydentäviä säännöksiä.

Ehdotetut asetuksenantovaltuudet ovat perustuslain edellyttämällä tavalla tarkkarajaisia eikä niillä voida antaa kunnille tai kuntayhtymille uusia tehtäviä tai velvoitteita.

4.6 Kielelliset oikeudet

Perustuslain 17 §:n 1 ja 2 momentissa turvattujen, suomen ja ruotsin kieltä koskevien kielellisten oikeuksien toteutuminen kunnissa ja kuntayhtymissä on kielilaissa sidottu kunnan kielelliseen asemaan. Yksilön oikeuteen käyttää omaa kieltään vaikuttaa siten se, onko kyse yksikielisestä vai kaksikielisestä kunnasta ja mikä on kunnan enemmistökieli. Sama koskee kuntayhtymiä. Tämän vuoksi palvelujen järjestämisestä vastaavan organisaation kielelliseen asemaan vaikuttavilla muutoksilla voi olla merkittäviä vaikutuksia myös yksilön kielellisiin oikeuksiin.

Uudistuksella muodostettaisiin viisi sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymää ja enintään 19 tuottamisvastuun kuntayhtymää. Nykyiseen verrattuna nämä alueet ovat laajempia, jolloin myös kielelliset oikeudet tulisivat toteutettavaksi laajemmalla alueella. Jos sosiaali- ja terveysalueella on yksikin suomen-, ruotsin tai kaksikielinen kunta, niin koko alueella hallinnolliset päätökset olisi tehtävä asiakkaan tai potilaan äidinkiellellä tai hänen valitsemallaan kielellä, suomeksi tai ruotsiksi. Myös palvelut tuottamisvastuualueella pitäisi antaa suomeksi tai ruotsiksi. Uudistuksen vaikutukset kielellisiin oikeuksiin riippuisivat siitä, miten kuntien pakollista yhteistoimintaa käytännössä toteutettaisiin. Sosiaali- ja terveysalueita ja tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä muodostettaessa on otettava huomioon perustuslain 17 §:n 2 momentin ja 122 §:n 1 momentin vaatimukset. Viimeksi mainitun säännöksen mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samantyyppisten perusteiden mukaan.

Perustuslakivaliokunta on todennut perustuslakiesityksestä antamassaan mietinnössä perustuslain 122 §:stä, että kielelliset olosuhteet voivat merkitä myös sellaisia erityisiä syitä, joiden vuoksi sinänsä yhteensopivista aluejaotuksista voidaan poiketa (PeVM 10/1998 vp, sivu 35). Valiokunnan mielestä tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että jos hallinnollisesti toimiva aluejako on mahdollista määrittellä useilla vaihtoehtoisilla tavoilla, perusoikeuksien turvaamisvelvollisuus

edellyttää, että niistä valitaan vaihtoehto, joka parhaiten toteuttaa kielelliset perusoikeudet. Mainittu perustuslain kohta sekä perustuslain 17 §:n 1 ja 2 momentti eivät sinänsä estä alueiden muodostamista edellyttäen, että suomen- ja ruotsinkielisen väestön yhdenvertaiset mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään otetaan huomioon samanlaisten perusteiden mukaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain 7 ja 24 §:ssä edellytettäisiin, että lain toimeenpanossa otetaan huomioon suomen- ja ruotsinkielisen väestön oikeudet käyttää omaa kielensä ja saada palveluja tällä kielellä.

Perustuslain kielellisten oikeuksien näkökulmasta voidaan pitää huolenaiheena tilannetta, jossa kielivähemmistö sijoittuu tietyn laajan toimialueen reuna-alueelle. Tältä osin ehdotuksen mukaisissa sosiaali- ja terveysalueissa kielellisten oikeuksien toteutumiseen tulee kiinnittää huomiota erityisesti nykyisten Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntien sijoittumisessa. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on kielilain 6 §:n mukaan kaksikielinen kuntayhtymä, kun siihen kuuluu Kokkola, jossa enemmistön kieli on suomi ja Kruunupyö, jossa enemmistön kieli on ruotsi. Ehdotuksen mukaan kaikki Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kunnat kuuluisivat Pohjoiseen sosiaali- ja terveydenhuolto-alueeseen jolloin ruotsinkielinen vähemmistö sijoittuisi sosiaali- ja terveysalueen reuna-alueelle.

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kulumista Pohjoiseen sosiaali- ja terveysalueeseen voidaan pitää kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun toteuttamisen kannalta ensisijaisena vaihtoehtona. Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri kuuluu nykyäänkin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin erityisvastuualueeseen ja siten myös toiminnallisesti kyseiseen kokonaisuuteen. Ehdotus on tältä osin kaikkien Keski-Pohjanmaan kuntien ilmoittaman kannan mukainen.

Kielellisten oikeuksien merkitys korostuu erityisesti muodostettaessa tuottamisvastuualueita, koska tuottamisvastuualue on se, jonka tehtäviin kuuluu huolehtia ihmisille annettavien palvelujen tosiasiallisesta toteutuksesta sosiaali- ja terveysalueen roolin jäädessä hallinnolliseksi. Kuten edellä on todet-

tu, lähtökohtaisesti suurella alueella on paremmat mahdollisuudet toteuttaa palvelut siten, että kielelliset oikeudet toteutuvat. Ehdotuksessa Pohjoiselle sosiaali- ja terveysalueelle on kuitenkin annettu mahdollisuus muodostaa viisi tuottamisvastuualuetta. Tämä vastaa nykyiseen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien määrää. Kun Pohjoisen sosiaali- ja terveysalue päättää tuottamisvastuualueiden muodostamisesta, on kuitenkin erityistä huomiota kiinnitettävä kielellisten oikeuksien toteutumiseen. Kielellisiä oikeuksia toteutettaessa on otettava huomioon myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön valmiudet käyttää molempia kansallisia kieliä.

Hallituksen esityksen mukaan erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia käsittävällä sosiaali- ja terveysalueella olisi velvollisuus asettaa vähemmistökielen lautakunta, jonka tehtävänä olisi seurata alueen kielellisen vähemmistön palvelujen saatavuutta ja laatua sekä tehdä ehdotuksia palvelujen kehittämiseksi. Vähemmistökielen lautakunnan jäseniksi voitaisiin valita alueen vähemmistökielistä väestöstä edustavia henkilöitä.

Uudistuksessa nykyisten lakisääteisten kuntayhtymien, kuten kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaisten erityishuoltopiirien kuntayhtymien asema paikallisena palveluja tuottavana kuntayhtymänä päättyy. Tämä koskee myös Kärkullan erityishuoltopiiriä kehitysvammalain mukaisena lakisääteisenä kuntayhtymänä. Kuntayhtymä vastaa nyt erityisesti ruotsin kielellä annettavista kehitysvammahuollon palveluista. Jos kunnat niin sopivat, kuntayhtymä saattaisi jäädä omistamaan ja hallinnoimaan kiinteistöjä, rakennuksia ja niihin liittyviä laitteita, koneita ja kalusteita (voimaanpanolain 10 §). Kuntayhtymän jäsenkuntien tulisi tällöin muuttaa kuntayhtymän perussopimusta vuodesta 2017 alkaen.

Entinen Kärkullan kuntayhtymä voisi myös jatkaa toimintaansa palvelujen tuottajana ja myydä niitä edelleen tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille. Tämä edellyttäisi kuitenkin sen toiminnan yhtiöittämistä tai uuden kuntayhtymän perustamista, siten että nykyinen lakisääteinen erityishuollon kuntayhtymä muutettaisiin palvelujen tuottajaksi. Kärkul-

lan kuntayhtymän nykyisillä jäsenkunnilla ei kuitenkaan olisi enää pakkoa osallistua sen toimintaan, vaan yhteistyö perustuisi vapaaehtoisuuteen. Jos kunnat päättäisivät jatkaa Kärkullan toimintaa vapaaehtoisena kuntayhtymänä tai yhtiönä, tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät voisivat hankkia siltä palveluja. Mikäli kunnat sopivat toiminnan vapaaehtoisesta jatkamisesta, tarvittavalle henkilöstölle pyritään antamaan mahdollisuus siirtyä oman valinnan mukaa tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän sijasta suoraan kuntien sopimaan muuhun organisaatioon. Sosiaali- ja terveysalueilla ja tuottamisvastuussa olevilla kuntayhtymillä on joka tapauksessa lakiin perustuva velvollisuus huolehtia myös kielivähemmistön tarvitsemien erityispalvelujen tarpeen mukaisesta saatavuudesta.

4.7 Saamelaisten oikeudet

Saamelaisten kulttuuri-itsehallinto ja oikeus käyttää saamen kieltä ovat läheisesti sidoksissa nykyiseen kuntajaotukseen. Saamelaisten kotiseutualue määräytyy saamelaiskäräjistä annetun lain 4 §:n mukaan nykyisen kuntajaotuksen pohjalta. Kotiseutualue muodostuu Enontekiön, Inarin ja Utsjoen kuntien sekä Sodankylän kunnassa sijaitsevan Lapin paliskunnan alueesta. Kotiseutualue määrittää myös saamelaisten kielellisiä oikeuksia, sillä kotiseutualueella oikeudet ovat laajemat kuin sen ulkopuolella.

Palvelujen kieltä koskevaan järjestämislain 6 pykälään sisältyisi viittaus saamen kielilakiin (1086/2003), jossa säädetään oikeudesta käyttää saamen kieltä. Oikeus saamen kielen käyttöön koskee saamelaisten kotiseutualuetta.

Sosiaali- ja terveysalueelle ja tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle säädettäisiin velvollisuus asettaa vähemmistökielen lautakunta, jonka tehtävänä olisi kehittää ja sovitaa yhteen alueen kielellisen vähemmistön palveluita sekä vähemmistön kielellä annettavaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutusta. Lisäksi säädettäisiin saamenkielisestä lautakunnasta sosiaali- ja terveysalueella, johon kuuluu saamelaisten kotiseutualueeseen kuuluva kunta. Sen jäseneksi valittaisiin saamenkielisiä asukkaita edustavia henkilöitä. Vähintään yksi kolmasosa lautakunnan jäsenistä olisi nimitettävä saamelaiskäräjien esittämistä henkilöistä.

Koska lakiehdotus liittyy monelta osin perustuslakiin ja ehdotettu malli poikkeaa merkittävästi nykyisistä kunnallisen toiminnan malleista, jotka perustuvat perustuslain vaikiintuneisiin tulkintaperiaatteisiin, hallitus ehdottaa, että esityksestä pyydetään perustuslakivaliokunnan lausunto.

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäväksi seuraavat lakiehdotukset:

Lakiehdotukset

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 terveyspalvelujen riittävälle ja yhdenvertaiselle saatavuudelle koko maassa;
- 5) varmistaa toimiva ja eheä sekä vaikuttava ja kustannustehokas sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne; sekä
- 6) toteuttaa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon integraatio sekä vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja alueellisesti ja valtakunnallisesti.

2 §

Soveltamisala

Tätä lakia sovelletaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen, tuottamiseen ja rahoitukseen sekä kehittämiseen, ohjaukseen ja valvontaan.

Yksilön ja hänen elinympäristönsä terveys- ja suojelua koskevien tehtävien järjestämiseen ja hallintoon sovelletaan tämän lain sijasta ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annettua lakia (410/2009).

Tämän lain 39 ja 43 §:n säännöksiä koulutuskorvauksista sovelletaan myös Ahvenanmaan maakunnassa suoritettavaan koulutukseen.

3 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

- 1) *sosiaali- ja terveysalueella* kunnista muodostuvaa maantieteellistä aluetta ja alueeseen kuuluvien kuntien muodostamaa kuntayhtymää, jolla on vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan;
- 2) *sosiaali- ja terveyspalveluilla* sosiaali- ja terveysalueen järjestämisvastuulla olevia sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tehtäviä ja palveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä; ja
- 3) *tuottamisvastuulla* kuntayhtymän velvollisuutta tuottaa lainsäädännön ja sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksen mukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut sekä vastuuta niihin kuuluvan julkisen vallan käytöstä.

4 §

Sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarat

Sosiaali- ja terveystalueella sekä tuottamisvastuussa olevalla kuntayhtymällä on oltava riittävät voimavarat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä lakisääteisten sosiaali- ja terveystalvelujen toimeenpanoon.

5 §

Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Sosiaali- ja terveystalvelut on järjestettävä yhdenvertaisesti. Palvelujen tulee olla sisälöltään ja laadultaan sellaisia kuin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä sosiaali- ja terveystalueen kuntien asukkaiden tarve edellyttävät. Palvelut on toteutettava väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä palvelujen käyttäjiä. Palveluja saa keskittää vain, jos palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja tai niiden tarkoituksenmukainen ja kustannustehokas toteuttaminen edellyttävät sitä.

Sosiaali- ja terveystalveluja toteutettaessa on edistettävä esteettömyyttä.

6 §

Järjestämis- ja tuottamisvastuun henkilöllinen soveltamisala

Sosiaali- ja terveystalueen on järjestettävä tässä laissa tarkoitetut sosiaali- ja terveystalvelut henkilöille, joilla on kotikuntalain (201/1994) mukainen kotikunta sosiaali- ja terveystalueeseen kuuluvassa kunnassa.

Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on tuotettava tässä laissa tarkoitetut sosiaali- ja terveystalvelut henkilöille, joilla on kotikuntalain mukainen kotikunta kunnassa tai kuntayhtymään kuuluvassa kunnassa.

Muilla henkilöillä kuin 1 ja 2 momentissa tarkoitetuilla kunnan asukkailla on oikeus saada sosiaali- ja terveystalveluja siten kuin siitä muualla säädetään.

7 §

Palvelujen kieli

Sosiaali- ja terveystalvelut on järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi silloin, kun sosi-

aali- ja terveystalueella 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 tulkkausseen käytettäessä näitä kieliä viranomaisissa säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä. Oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään saamen kielilaisissa (1086/2003).

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse muita kuin 1 momentissa tarkoitettuja kieliä tai asiakas tai potilas ei aisti- tai puhevamman tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on palveluja annettaessa mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisestä ja tulkin hankkimisesta.

Jos kysymys on asiasta, joka voi tulla viireille viranomaisen aloitteesta, velvollisuudesta huolehtia tulkitsemisestä ja kääntämisestä säädetään hallintolain (434/2003) 26 §:ssä. Kansaneläkelaitoksen velvollisuudesta järjestää tulkkauspalveluja kuulo- ja kuulonäkövammaisille sekä puhevammaisille henkilöille säädetään vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta annetussa laissa (133/2010).

Palveluja järjestettäessä on lisäksi huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat 1 momentissa tarkoitettuja palveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa, joko suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kieltä. Tällöin on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

8 §

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa

Kunnan on seurattava asukkaitensa 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 vastuutaho ja tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten toimijoiden sekä yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa.

Hyvinvointikertomus on laadittava sähköisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vahvistaman mallin ja määrittelemien teknisten vaatimusten mukaisesti.

9 §

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen alueellisesti ja palvelujen tuotannossa

Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien toiminnassa on arvioitava ennakkoon ja otettava huomioon päätösten vaikutukset eri väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen, asetettava suunnittelussaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen liittyvät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet ja vastuutahot. Sosiaali- ja terveysalueen on valmisteltava omalta osaltaan alueellinen hyvinvointikertomus väestön hyvinvoinnista, terveydestä ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä toteutetuista toimenpiteistä. Kertomusta laadittaessa on kuultava alueen kuntia sekä tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä. Kertomus on laadittava sähköisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vahvistaman mallin ja määrittelemien teknisten vaatimusten mukaisesti.

Tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien on toimittava yhteistyössä alueen kuntien

kanssa ja tuettava niitä asiantuntemuksellaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

2 luku

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen

10 §

Sosiaali- ja terveysalue

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi on seuraavat viisi sosiaali- ja terveysaluetta:

- 1) Eteläinen sosiaali- ja terveysalue;
- 2) Itäinen sosiaali- ja terveysalue;
- 3) Keskinen sosiaali- ja terveysalue;
- 4) Läntinen sosiaali- ja terveysalue;
- 5) Pohjoinen sosiaali- ja terveysalue.

Sosiaali- ja terveysalue muodostuu alueen kuntayhtymään kuuluvista kunnista, jotka muodostavat alueellisesti eheän kokonaisuuden. Kunnan on kuuluttava johonkin 1 momentissa mainittuun sosiaali- ja terveysalueeseen.

Valtioneuvosto päättää mihin sosiaali- ja terveysalueeseen kukin kunta kuuluu.

11 §

Järjestämisvastuu

Tämän lain mukainen järjestämisvastuu sisältää vastuun lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien hoitamisesta sekä vastuun palvelujen:

- 1) yhdenvertaisesta saatavuudesta ja laadusta;
- 2) asianmukaisesta saavutettavuudesta;
- 3) tarpeen ja määrän määrittelemisestä;
- 4) tuotantorakenteesta ja tuotantotavoista päättämisestä; sekä
- 5) laadun, määrän ja vaikuttavuuden seurannasta ja kehittämisestä sekä tuottamisen valvonnasta.

Järjestämismisvstuuseen sisältyy lisäksi kielellisten oikeuksien toteutumisen varmistaminen sosiaali- ja terveyspalveluissa.

12 §

Järjestämispäätös

Sosiaali- ja terveysalueen on laadittava joka neljäs vuosi tuottamisvstuussa olevien kuntayhtymien kanssa käytyjen neuvottelujen perusteella järjestämispäätös siitä, miten sosiaali- ja terveysalueen järjestämismisvstuulle kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut toteutetaan. Päätöksen tulee perustua alueen väestön hyvinvointi- ja terveysseurantatietoihin, palvelutarpeeseen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaa ja taloutta koskeviin seurantatietoihin. Järjestämispäätöstä laadittaessa on otettava huomioon alueen asukkaiden näkemykset.

Järjestämispäätöksessä on määriteltävä seuraavat asiat:

1) miten alueen sosiaali- ja terveyspalvelut toteutetaan siten, että asiakaslähtöinen integraatio toteutuu;

2) miten lähipalvelujen saatavuus ja saavutettavuus varmistetaan;

3) periaatteet, joiden mukaan sosiaali- ja terveysalueella ja sen järjestämismisvstuulla olevissa palveluissa toteutetaan 30 §:n mukaiset asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet;

4) miten alueella toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset strategiset tavoitteet sekä valtakunnalliset kehittämishjelmat;

5) hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja vastuutahot sekä yhteistyö alueen kuntien ja muiden tahojen kanssa;

6) sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu- ja palvelutaso sekä yhtenäiset käytännöt;

7) väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen;

8) tuottamisvstuussa olevat kuntayhtymät sekä niiden tehtävät;

9) vaativan erityistason palvelujen ja kattavan ympärivuorokautisen päivystyksen työnjako tuottamisvstuussa olevien kuntayhtymien välillä;

10) sosiaali- ja terveysalueen omaan tuottamisvstuuseen kuuluvat tukipalvelut sekä

15 §:n 1 momentin perusteella alueen omaan tuottamisvstuuseen otetut palvelut;

11) rahoituksen ja voimavarojen kohdentaminen tuottamisvstuussa oleville kuntayhtymille sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen investointisuunnitelma;

12) keskeiset periaatteet muilta kuin kunnilta ja kuntayhtymiltä hankittaville palveluille ja palvelusetelin käytölle, hankittavien palvelujen laajuus sekä hankintojen toteutuksen jakautuminen sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvstuussa olevien kuntayhtymien kesken;

13) tarkoituksenmukaisen, kustannustehokkaan ja vaikuttavan palvelurakenteen varmistaminen sekä miten järjestämispäätöksen mukaisesti kunnallisesti tuotetut palvelut ja muualta hankittavat palvelut sovitetaan yhteen, ja

14) miten 1 - 13) kohtien toteutumista seurataan ja arvioidaan.

Järjestämispäätöksen hyväksyy sosiaali- ja terveysalueen ylin päättävä toimielin. Ennen järjestämispäätöksen hyväksymistä sosiaali- ja terveysalueen on kuultava sosiaali- ja terveysministeriötä ja otettava huomioon sen näkemykset. Toimielimen hyväksymä järjestämispäätös on täytäntöönpanokelpoinen muutoksenhausta huolimatta.

Järjestämispäätöksen toteutumista on seurattava ja arvioitava vuosittain. Päätöstä on tarvittaessa muutettava.

Valtioneuvoston asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä järjestämispäätöksessä määriteltävistä asioista.

13 §

Sosiaali- ja terveysalueen muut tehtävät

Sosiaali- ja terveysalueella on järjestämispäätöksen mukaisten asioiden lisäksi seuraavat tehtävät:

1) yhteistyön ja sen rakenteiden varmistaminen ja tukeminen sellaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä, jotka edellyttävät yli sosiaali- ja terveysalueiden ja tuottamisvstuussa olevien kuntayhtymien rajojen tapahtuvaa yhteistyötä, mukaan lukien ensihoito;

2) sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten strategisten linjausten ja sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen kehittämisohjelman toimeenpano sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvan kehittämis-toiminnan suunnittelu ja yhteensovittaminen;

3) omalta osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvan tutkimustoiminnan suunnittelu ja yhteensovittaminen sekä yliopisto- ja ammattikorkeakouluyhteistyön varmistaminen;

4) omalta osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointi sekä alueellisen koulutuksen suunnittelu ja kehittäminen;

5) sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tehtävärakenteen ja työnjaon periaatteiden sekä suunnittelun, kehittämisen ja seurannan käytäntöjen yhteensovittaminen tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä;

6) sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittaminen sekä alueellisen kokonaisarkkitehtuurin määrittely siten kuin julkisen hallinnon tietohallinnon ohjauksesta annetussa laissa (634/2011) säädetään; ja

7) hyvinvointi- ja terveysseurantatietojen sekä toimintaa ja taloutta koskevien tietojen kerääminen, analysointi ja hyödyntäminen.

3 luku

Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottaminen

14 §

Tuottamisvastuu kunnallisena toimintana

Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisvastuun toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava tuottamisvastuussa olevaan kuntayhtymään. Kuntayhtymän sijasta kunnat, jotka muutoin kuuluisivat tuottamisvastuussa olevaan kuntayhtymään, voivat sopia, että tuottamisvastuu toteutetaan kuntalain (365/1995) 76 §:ssä tarkoitettulla tavalla siten, että yksi kunta (*vastuukunta*) hoitaa tuottamisvastuun mukaiset sosiaali- ja terveystalvelut muiden tuottamisvastuualueeseen kuuluvien kuntien puolesta. Tällöin vastuukuntaa koskee se, mitä tässä laissa säädetään tuottamisvastuussa olevasta kuntayhtymästä.

Tuottamisvastuuseen kuuluu velvollisuus huolehtia ehkäisevistä, korjaavista ja hoitavista sekä kuntouttavista talveluista yhtenäisenä kokonaisuutena. Kuntayhtymällä on oltava tuottamisvastuun toteuttamisen edellyttämä oma henkilöstö ja muut voimavarat. Tuottamisvastuun toteuttamisen edellyttämiin voimavaroihin on sisällyttävä kyky vastata kaikista tuottamisvastuuseen kuuluvista kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätöistä tehtävistä. Sen estämättä, mitä edellä tuottamisvastuusta säädetään, sosiaali- ja terveystalveen tulee järjestämispäätöksessä määrittellä, millä tuottamisvastuualueilla on vastuu kattavasta ympärivuorokautisesta päivystyksestä.

Tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien tulee olla alueellisesti ja toiminnallisesti eheitä. Kuntayhtymiä voi olla sosiaali- ja terveystalveilla enintään seuraava lukumäärä:

- 1) Eteläisellä sosiaali- ja terveystalveella 4;
- 2) Itäisellä sosiaali- ja terveystalveella 4;
- 3) Keskisellä sosiaali- ja terveystalveella 3;
- 4) Läntisellä sosiaali- ja terveystalveella 3;
- 5) Pohjoisella sosiaali- ja terveystalveella 5.

Tuottamisvastuussa olevissa kuntayhtymissä, joiden alueella Helsingin, Turun, Oulun, Tampereen ja Kuopion yliopistot sijaitsevat, on oltava yliopistollinen sairaala.

Tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät päätetään sosiaali- ja terveystalveen järjestämispäätöksessä.

15 §

Sosiaali- ja terveystalveen tuottamisvastuu

Sosiaali- ja terveystalveella on tuottamisvastuu alueen järjestämispäätöksessä määritellyistä tukitalveluista. Lisäksi sosiaali- ja terveystalve voi ottaa tuottamisvastuun itselleen sellaisista sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvista tehtävistä ja talveluista, joiden tuottamisvastuun toteuttaminen ei ole osoitautunut mahdolliseksi 14 §:n mukaisena kuntien yhteistoimintana.

Edellä 14 §:ssä tarkoitettujen kuntayhtymien on hankittava 1 momentissa tarkoitettut tukitalvelut sosiaali- ja terveystalveelta.

16 §

Tehtävien ja palvelujen tuottaminen

Sosiaali- ja terveystoimen sekä 14 §:ssä tarkoitettu kuntayhtymä voivat toteuttaa tuottamisvastuulleen kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut:

- 1) tuottamalla ne itse;
- 2) kuntalain 76 §:ssä tarkoitettulla tavalla sopimuksin yhdessä toisen tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän kanssa;
- 3) hankkimalla palveluja muulta palvelujen tuottajalta;
- 4) antamalla palvelun käyttäjälle sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain (569/2009) mukaisen palvelusetelin; tai
- 5) muulla laissa säädetyllä tavalla.

Toteutettaessa palveluja 1 momentin 2–5 kohdassa mainitulla tavalla, on noudatettava järjestämispäätöksessä hyväksytyjä periaatteita. Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on lisäksi valvottava, että mainittujen kohtien mukaisesti toteutetut palvelut ovat laadultaan ja sisällöltään lainsäädännön ja palvelujen hankinnasta tehdyn sopimuksen mukaisia.

Julkisen vallan käyttöä sisältävän tehtävän tai palvelun saa hankkia yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai antamalla palvelun käyttäjälle palvelusetelin vain, jos palvelun tuottajalla on lakiin perustuva oikeus käyttää hankittavan tehtävän tai palvelun toteuttamiseen liittyvää julkista valtaa.

17 §

Yhteistoiminta palvelutuotannossa

Osa sosiaalihuoltoon ja terveydenhuoltoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidosta voidaan keskittää valtakunnallisesti joillekin tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille, jos se on välttämätöntä palvelujen saatavuuden ja laadun sekä palvelujen käyttäjien oikeuksien varmistamiseksi tehtävien vaativuuden, harvinaisuuden, kielellisten oikeuksien tai niistä johtuvien suurten kustannusten perusteella. Keskitettävät palvelut sekä niistä tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät säädetään valtioneuvoston asetuksella.

Jos valtakunnallisesti keskitettävät palvelut on tarkoituksenmukaisinta hankkia yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai ulkomailta,

valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää palvelujen tuottajan toiminnalle asetettavat laatuvaatimukset ja muut toiminnan asianmukaisuuden varmistamiseksi asetettavat vaatimukset.

18 §

Omavalvontaohjelma

Sosiaali- ja terveystoimen on laadittava järjestämistä vastuuseen kuuluvista toiminnoista ja palveluista omavalvontaohjelma. Ohjelmassa tulee määritellä, miten sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutuminen ja laatu sekä asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus varmistetaan. Omavalvontaohjelmassa on lisäksi todettava miten sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutuminen, laatu, asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä yhdenvertaisuutta seurataan ja miten havaitut puutteellisuudet korjataan. Omavalvontaohjelma on julkaistava internetissä.

Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on laadittava omaa toimintaansa koskeva omavalvontaohjelma siten kuin 1 momentissa säädetään sosiaali- ja terveystoimen omavalvontaohjelmasta. Lisäksi tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on laadittava osana omavalvontaohjelmaa suunnitelma laadunhallinnasta sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Sosiaali- ja terveystoimen asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä omavalvontaohjelman sisällöstä ja laadimisesta sekä 2 momentissa tarkoitettuun omavalvontaohjelmaan sisältyvästä suunnitelmasta laadunhallinnan sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämiseksi.

4 luku

Hallinto

19 §

Sosiaali- ja terveystoimen kuntayhtymän hallinto

Sosiaali- ja terveystoimen kuntayhtymään ja sen hallintoon sovelletaan mitä kuntalain 10 luvussa säädetään kuntayhtymästä, jollei lailla toisin säädetä.

Kuntayhtymän ylin päättävä toimielin on yhtymävaltuusto.

20 §

Sosiaali- ja terveysalueen yhtymävaltuuston tehtävät

Sosiaali- ja terveysalueen yhtymävaltuusto hyväksyy sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksen ja siihen tehtävät muutokset. Muilta osin yhtymävaltuuston tehtäviin sovelletaan mitä kuntalaissa säädetään kuntayhtymän ylimmän päättävän toimielimen tehtävistä

21 §

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän toimielinten kokoonpano ja valinta

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän yhtymävaltuuston jäsenten tulee olla jäsenkuntien valtuutettuja. Jokaisella jäsenkunnalla tulee olla vähintään yksi edustaja yhtymävaltuustossa. Kunnan valitsemien edustajien äänimäärä jakautuu tasan heistä saapuvilla olevien kesken.

Kuntien edustajainkokous nimeää yhtymävaltuuston jäsenet siten, että yhtymävaltuustossa edustettuina olevien ryhmien ääniosuudet vastaavat valittaessa jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta kuntayhtymän alueella vaalilaissa (714/1998) säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti.

Erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävän sosiaali- ja terveysalueen hallituksessa vähintään yhden jäsenen ja yhden varajäsenen on edustettava ruotsinkielistä väestöryhmää. Alueen muiden toimielinten kokoonpanosta säädetään kuntalain 81 §:n 4 momentissa.

22 §

Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän hallinto

Tuottamisvastuussa olevaan kuntayhtymään ja sen hallintoon sovelletaan mitä kuntalain 10 luvussa säädetään kuntayhtymästä, jollei lailla toisin säädetä.

23 §

Päätöksenteko kuntayhtymän toimielimissä

Kunnan edustajien äänimäärä sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän ylimmässä päättävässä toimielimessä perustuu kunnan asukasluvun.

Kuntayhtymän ylin päättävä toimielin on päätösvaltainen, kun kokouksessa on edustettuna vähintään kaksi kolmannesta kuntayhtymän jäsenkunnista ja kokouksessa edustettujen kuntien asukasluku on vähintään puolet kuntayhtymän jäsenkuntien yhteinelasketusta asukasluvusta.

Sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksen ja talousarvion hyväksyminen yhtymävaltuustossa edellyttää, että ehdotusta kannattaa äänten enemmistön lisäksi vähintään kolmasosa jäsenkunnista ja enemmän kuin puolet näiden jäsenkuntien edustajista. Muut asiat päätetään yhtymävaltuustossa yksinkertaisella äänten enemmistöllä.

Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän ylimmässä päättävässä toimielimessä ehdotuksen hyväksyminen edellyttää, että sitä kannattaa äänten enemmistön lisäksi vähintään kaksi jäsenkuntaa ja enemmän kuin puolet näiden jäsenkuntien edustajista.

Kunnat voivat sopia päätöksenteon edellytyksenä olevasta enemmistöstä toisin kuin 3 ja 4 momentissa säädetään.

24 §

Vähemmistökielen lautakunta

Erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia käsittävällä sosiaali- ja terveysalueella on oltava vähemmistökielen lautakunta. Sen tehtävänä on selvittää, arvioida ja määritellä alueen kielellisen vähemmistön palvelujen tarvetta sekä seurata näiden palvelujen saatavuutta ja laatua. Lautakunnan tehtävänä on selvitysten, arvioinnin ja seurannan perusteella tehdä ehdotuksia vähemmistökielisten palvelujen ke-

hittämiseksi ja niiden huomioon ottamiseksi sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksessä sekä henkilöstön kielitaitovaatimuksista ja kielitaidon kehittämisestä. Lautakunnalla voi olla myös muita sosiaali- ja terveysalueen hallituksen määräämiä tehtäviä. Vähemmistökielen lautakunta antaa vuosittain kertomuksen vähemmistökielisten palvelujen toteutumisesta.

Mitä I momentissa säädetään sosiaali- ja terveysalueesta koskee myös tuottamisvastuussa olevaa kuntayhtymää, jossa on erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia.

Vähemmistökielen lautakunnan jäsenten valinnassa otetaan huomioon vähemmistökieltä edustavien ehdokkaiden kunnallisvaaleissa saama ääniosuus vaalilaissa säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysalueella sekä tuottamisvastuussa olevassa kuntayhtymässä, johon kuuluu saamelaisien kotiseutualueeseen kuuluva kunta, on oltava saamenkielen lautakunta. Lautakunnan jäseneksi valitaan saamenkielisiä asukkaita edustavia henkilöitä. Vähintään yksi kolmasosa lautakunnan jäsenistä on nimitettävä saamelaiskäräjien esittämistä henkilöistä. Lautakuntaan sovelletaan muutoin mitä I momentissa säädetään vähemmistökielen lautakunnasta.

5 luku

Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen

25 §

Yleinen ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa pitkän aikavälin linjausten, sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen kehittämisohjelman ja muun tiedolla ohjaamisen keskitetystä toimeenpanosta. Ministeriössä on ohjausyksikkö toimeenpanoa varten.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisena asiantuntijaviranomaisena toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

26 §

Sosiaali- ja terveydenhuollon strategiset tavoitteet

Valtioneuvosto antaa joka neljäs vuosi eduskunnalle selonteon sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteista sekä palvelujen järjestämisestä koskevista strategisista linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee selonteon.

27 §

Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikön yhteydessä toimii sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta. Sen tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon strategisten linjausten toteutumista sekä edistää valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden yhteistyötä. Lisäksi neuvottelukunta kokoaa ja välittää tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistarpeista. Valtioneuvosto asettaa neuvottelukunnan neljäksi vuodeksi kerrallaan.

28 §

Valtion ja sosiaali- ja terveysalueen välinen neuvottelumenettely

Sosiaali- ja terveysalueen on neuvoteltava sosiaali- ja terveysministeriön kanssa vuosittain alueen järjestämisvastuuseen kuuluvien tehtävien ja palveluiden toteuttamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla käytävien neuvottelujen tarkoituksena on ohjata sosiaali- ja terveysalueen toimintaa palvelurakenteen kehittämisessä sekä edistää ministeriön ja sosiaali- ja terveysalueen välistä yhteistyötä.

Neuvotteluissa käsitellään järjestämispäätöksen sisältöä ja sen keskeisiä tavoitteita, palvelutuotannon yhteistoimintaa, omavallontaa sekä 26 §:ssä tarkoitettujen strategis-

ten tavoitteiden toteutumista. Neuvotteluissa arvioidaan lisäksi järjestämisspätöksen toteutumista, alueen kehitystä ja alueellisia kehittämistarpeita, toimintaympäristön ja palvelujen tarpeen muutoksia sekä lakisääteisten tehtävien rahoitustarvetta, kehittämistä ja tuottavuuden lisäämistä. Neuvotteluissa voidaan käsitellä myös muita sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyviä asioita.

Sosiaali- ja terveysministeriö laatii yhdessä sosiaali- ja terveysalueen kanssa asiakirjan käydyistä neuvotteluista. Asiakirjaan kirjataan järjestämisspätös ja sen mahdolliset muutokset sekä ministeriön 12 §:n 3 momentin mukaisessa kuulemisessa esittämien näkemysten toteutuminen. Lisäksi asiakirjassa todetaan neuvotteluissa sovitut seuraavan vuoden keskeiset tavoitteet ja niitä tukevat toimenpiteet. Sosiaali- ja terveysministeriö seuraa ja arvioi neuvotteluissa sovitujen tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumista sosiaali- ja terveysalueen neuvottelumenetellessä esittämän selvityksen pohjalta.

29 §

Sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän välinen tulosohjaus

Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän välillä sovelletaan tulosohjausta. Sosiaali- ja terveysalue vastaa alueellaan tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien palvelutuotannon tulosohjauksesta. Tulostavoitteista sovitaan vuosittain käytävissä neuvotteluissa. Tulostavoitteet perustuvat sosiaali- ja terveysalueen järjestämisspätökseen.

Tulosohjauksessa painotetaan toiminnan vaikuttavuutta väestön hyvinvointiin ja terveyteen sekä kustannustehokkuutta. Tulosohjauksessa määritellään lisäksi palvelutuotannolle asetettavat tavoitteet ja niiden toteuttamistapa sekä sovitaan seurannasta, raportoinnista ja tulosten arvioinnista. Kuntayhtymä vastaa sille asetettujen tulostavoitteiden saavuttamisesta sekä tavoitteiden saavuttamista vaarantavien seikkojen tunnistamisesta ja hallinnasta omalla palvelualueellaan.

Neuvotteluissa asetetut vaikuttavuus- ja tulostavoitteet kirjataan vuosittaiseen tulosohjaukseen, jonka vahvistaa sosiaali- ja terveysalue. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä tulosohjauksessa noudatettavista menettelytavoista.

30 §

Asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet

Sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on kerättävä alueensa asukkaiden näkemyksiä väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laadusta ja toimivuudesta.

Asukkaiden näkemykset on otettava huomioon laadittaessa sosiaali- ja terveysalueen järjestämisspätöstä sekä sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien vuotuisissa toimintasuunnitelmissa sekä palvelujen kehittämisessä.

Asukkaiden osallistumista ja vaikuttamista tulee edistää:

- 1) järjestämällä keskustelu- ja kuulemistilaisuuksia sekä kansalaisraateja sekä hyödyntämällä teknisiä kuulemismenettelyjä;
- 2) selvittämällä asukkaiden mielipiteitä ja keräämällä palautetta ennen päätöksentekoa;
- 3) valitsemalla palvelujen käyttäjien edustajia eri toimielimiin;
- 4) suunnittelemalla ja kehittämällä palveluja yhdessä niiden käyttäjien kanssa;
- 5) tukemalla asukkaiden, järjestöjen ja muiden yhteisöjen oma-aloitteista asioiden suunnittelua ja valmistelua
- 6) muilla sopivilla tavoilla.

31 §

Valtakunnallinen kehittämissuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriö laatii 26 §:ssä tarkoitetun selonteon perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen kehittämissuunnitelman. Ohjelmassa kuvataan ohjelmakauden kehittämissuunnitelman painopisteet sekä niiden toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet. Ohjelma

laaditaan joka neljäs vuosi ja sitä voidaan tarvittaessa muuttaa.

Valtakunnalliseen kehittämisohjelmaan liittyen sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää sosiaali- ja terveysalueelle sekä tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle hankkeavustusta kehittämisohjelman toteuttamiseksi valtion talousarvioon otetun määrärahan rajoissa. Kehittämishankkeen toteuttajina voi olla myös useita kuntayhtymiä yhdessä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen hankkeeseen avustusta voidaan myöntää myös kunnalle tai usealle kunnalle yhdessä. Valtionavustusta voidaan myöntää edellyttäen, että hankkeella toteutetaan valtakunnallisessa kehittämisohjelmassa asetettuja tavoitteita ja siinä otetaan huomioon alueelliset kehittämistarpeet.

Valtionavustukseen sovelletaan valtionavustuslakia (688/2001). Sosiaali- ja terveysministeriö on valtionapuviranomainen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeita koskeissa asioissa.

Sosiaali- ja terveysalueelle sekä tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle voidaan myöntää valtionavustusta enintään 75 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista. Kuntayhtymän oman rahoitusosuuden 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.

32 §

Kehittämistoiminta sosiaali- ja terveysalueella

Sosiaali- ja terveysalue vastaa alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen koordinoinnista, tuesta ja osaamisen vahvistamisesta sekä alue- ja organisaatorajat ylittävistä kehittämisyhdistyistä. Lisäksi sosi-

aali- ja terveysalue päättää yhtenäisestä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistrakenteesta alueellaan.

6 luku

Rahoitus

Alueiden toiminnan rahoitus

33 §

Sosiaali- ja terveysalueen rahoitus

Kunnat osallistuvat sosiaali- ja terveysalueen kustannusten rahoitukseen sosiaali- ja terveysalueen talousarviossa vuosittain määriteltävällä maksulla. Sosiaali- ja terveysalueen vuotuisten kustannusten tulee perustua sen lakisääteisten tehtävien sekä alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien lakisääteisten ja järjestämisspätöksen mukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamisesta aiheutuviin tarpeellisiin kustannuksiin.

Kunnan maksuosuus perustuu kunnan asukasmäärään, jota on painotettu kuntien peruspalvelujen valtionosuuksien perusteena olevien laskennallisten kustannusten määrittämisessä käytettävien ikäluokkien perushintojen ja sairastavuuskertoimen mukaisesti, siten kuin niistä säädetään kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain (1704/2009) 6 ja 7 §:ssä. Kunnan maksuosuuden laskennassa 20 prosenttia määräytyy asukasmäärän perusteella ja 80 prosenttia ikärakenteen ja sairastavuuden perusteella.

Lisäksi kunnat rahoittavat 12 §:n 2 momentin 11 kohdassa tarkoitetun investointisuunnitelman mukaisten investointien aiheuttamat kustannukset. Rahoitus jaksotetaan järjestämisspätöksen mukaiselle ajalle ja kuntien rahoitusosuudet määräytyvät järjestämisspätöksessä määriteltävien laskennallisten tekijöiden mukaisesti.

34 §

Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän rahoitus

Tuottamisvastuun aiheuttamat kustannukset rahoitetaan sosiaali- ja terveysalueen suorittamalla korvauksella. Korvauksen perusteet määritellään järjestämispäätöksessä siten, että rahoituksessa otetaan huomioon tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän jäsenkuntien asukasluku sekä palvelujen tarve 33 §:n 2 momentissa tarkoitettujen laskennallisten tarvetekijöiden mukaisesti. Asukaslukuun ja tarvetekijöihin perustuvan rahoituksen osuus on vähintään 80 prosenttia. Lisäksi otetaan huomioon 12 §:n 2 momentin 13 kohdassa tarkoitettujen palvelutuotannon kustannuksiin vaikuttavat olosuhde- ja muut tekijät sekä vaikuttavuus- ja tehokkuusvaatimukset, joiden osuus korvauksesta voi olla enintään 20 prosenttia.

Sosiaali- ja terveysalue päättää tuottamisvastuun ja järjestämispäätöksen investointisuunnitelmaan sisältyvien merkittävien investointien korvausten tarkemmasta määräytymisestä tuottamisvastuussa olevaa kuntayhtymää kuultuaan siten, että 1 momentin mukaiset palvelutuotannon kustannuksiin vaikuttavat tekijät sekä vaikuttavuus ja tehokkuusvaatimukset otetaan huomioon.

35 §

Alijäämän kattaminen

Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän talousarvion taseeseen kertynyt alijäämä tulee kattaa enintään neljän vuoden kuluessa tilinpäätöksen vahvistamista seuraavan vuoden alusta.

36 §

Vastuu hoidon ja hoivan kustannusten korvaamisesta eräissä tilanteissa

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikössä on hoidettavana henkilö, joka ei ole toimintayksikköä ylläpitävän kuntayhtymän jäsenkunnan asukas, on sen tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän, jolla on vastuu hoidon tai hoivan tuottamisesta kyseiselle henkilölle, 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 korvauserusteista ja laskutusmenettelystä voidaan tarvittaessa säätää tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Valtion koulutuskorvaukset

37 §

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. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen korvaus perustuu koulutuksen suorittaneiden lääkäreiden ja hammaslääkäreiden lukumäärään ja koulutuksesta määrättyyn korvaukseen.

Korvausta ei kuitenkaan suoriteta terveydenhuollon erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta eikä liikuntalääketieteen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärin koulutuksesta. Jos tällaista koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sen ylläpitäjälle suoritetaan valtion varoista korvausta koulutuksesta aiheutuvista kustannuksista toteutuneiden koulutuskausien määrän perusteella.

38 §

Koulutuskorvaus yliopistolle

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta järjestävälle yliopistolle korvataan

valtion varoista koulutuksesta aiheutuvia kustannuksia. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen korvaus perustuu koulutuksen suorittaneiden lääkärin ja hammaslääkärien lukumäärään ja koulutuksesta määrättyyn korvaukseen.

39 §

Koulutuskorvaus muulle terveydenhuollon toimintayksikölle

Jos lääkärin tai hammaslääkärin peruskoulutusta annetaan muussa terveydenhuollon toimintayksikössä kuin yliopistollisessa sairaalassa, yliopistollisen sairaalan ylläpitäjä korvaa kustannukset asianomaiselle julkiselle palvelun tuottajalle tai muulle sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetyille palvelujen tuottajalle siten kuin siitä on osapuolten kesken sovittu.

Jos yliopisto käyttää erikoislääkäri- tai erikoishammaslääkärikoulutukseen muuta terveydenhuollon toimintayksikköä kuin yliopistollista sairaalaa, kunnalle, kuntayhtymälle, valtion mielisairaalalle tai muulle sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetyille palvelujen tuottajalle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein määräytyvä korvaus yliopiston hyväksymän koulutusohjelman mukaisesta erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin. Korvaus perustuu toteutuneisiin koulutuskuukausiin. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen sisältyvästä yhdeksän kuukauden kestoisesta terveyskeskuskoulutuksesta johtuvista kustannuksista suoritetaan valtion varoista korvaus vain, jos terveyskeskuskoulutuksessa on varmistettu kansanterveystyön sekä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yhteistyön osaaminen. Terveyskeskuskoulutusta suorittavalle on lisäksi nimettävä ohjaaja, jonka tulee olla palvelussuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään ja jonka tulee varmistaa koulutuksen laatu ja kehittäminen. Terveyskeskuskoulutusta toteutetaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 §:n 3 momentissa tarkoitetun laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelman mukaisesti.

Terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävälle kuntayhtymälle sekä Ahvenanmaan

maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomaiselle suoritetaan valtion varoista laskennallisin perustein korvaus terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 13 §:ssä tarkoitetun pätevyyden edellyttämästä palvelusta, mainitun lain 4 §:n 3 momentissa tarkoitetusta 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 tarkoitetusta palvelusta siltä osin kuin se ylittää kuusi kuukautta, jollei Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto edellytä tätä pidempää palvelua.

Valtion korvaus tutkimustoimintaan

40 §

Terveydenhuollon alueelliset tutkimustoimikunnat

Sosiaali- ja terveysalue asettaa nelivuotiskaudeksi terveydenhuollon tutkimustoimikunnan mahdollisine jaostoineen. Tutkimustoimikunnassa on monitieteinen edustus sosiaali- ja terveysalueen terveydenhuollon toimintayksiköistä.

41 §

Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitus

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhteistyössä 40 §:ssä tarkoitettujen sosiaali- ja terveysalueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain.

Yliopistotasaiseen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta sosiaali- ja terveysalueiden tutkimustoimikunnille sosiaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Ministeriön päätös perustuu tutkimustoimin-

nan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella. Jos sosiaali- ja terveystieteiden aluejako muuttuu nelivuotiskauden aikana, sosiaali- ja terveysministeriön päätöstä on muutettava aluejaon muutosta vastaavasti.

Tutkimustoimikunta päättää tutkimusrahoituksen myöntämisestä alueellaan hakemusten perusteella. Terveystieteiden toimintayksikköä ylläpitävä kunta, kuntayhtymä, valtion mielisairaala tai sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetty palvelujen tuottaja voivat hakea terveyden tutkimuksen rahoitusta.

42 §

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 yliopistotasoisesta terveyden tutkimuksen rahoituksen jakamisesta sosiaali- ja terveystieteille seuraavana nelivuotiskautena.

Korvausmenettely

43 §

Koulutuskorvauksen ja tutkimusrahoituksen maksaminen

Aluehallintovirasto ja Ahvenanmaan valtiotieteiden tutkimuskeskus maksavat valtion koulutuskorvauksen. Koulutuksen suorittaneiden 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 vii-

meistään saman vuoden syyskuun 30 päivänä ja toisen vuosipuoliskon osalta viimeistään seuraavan vuoden maaliskuun 31 päivänä. Aluehallintoviraston ja Ahvenanmaan valtiotieteiden tutkimuskeskuksen on ratkaistava määrääjässä jätetty korvaushakemus sen kalenterivuoden aikana, jolloin hakemus on saapunut.

Aluehallintovirasto maksaa tutkimusrahoituksen kuukausittain sosiaali- ja terveystieteiden 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.

44 §

Tietojenantovelvollisuus

Kukin lääkäri- tai hammaslääkärikoulutusta antava yliopisto ilmoittaa kalenterivuositain sosiaali- ja terveysministeriölle suoritettujen lääkäri- ja hammaslääkäritutkimusten sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkimusten määrän.

Yliopistollisen sairaalan ylläpitäjän 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.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimustoimikunnan on annettava sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä selvitys siitä, mille tutkimushankkeille ja painoalueille rahoitusta on osoitettu.

45 §

Kuntayhtymän tilojen käyttäminen koulutus- ja tutkimustoimintaan

Yliopistolla on oikeus käyttää yliopistollista sairaalaa lääketieteellisen koulutusyksikön koulutus- ja tutkimustoiminnan tarpeisiin.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen koulutuksesta ja terveydenhuoltoalan tutkimuksesta

huolehtivalla yliopistolla ja muulla sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjällä on oikeus käyttää tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän sairaaloita ja erillisiä toimintayksiköitä muunkin kuin 1 momentissa tarkoitettun terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen siten kuin siitä on sovittu kuntayhtymän ja koulutus- ja tutkimustoimintaa harjoittavan koulutuksen järjestäjän kesken.

Yliopistolla on oikeus käyttää perusterveydenhuollon toimintayksikön tiloja erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen sisältyvänä terveyskeskuksessa suoritettavana yhdeksän kuukautta kestäväenä koulutusajana siten kuin siitä on sovittu kuntayhtymän ja yliopiston kesken.

Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän 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 tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän ylläpitämään toimintayksikköön.

Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän palveluksessa olevat terveydenhuollon ammattihenkilöt ovat velvollisia osallistumaan terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoimintaan siten kuin siitä sovitaan alueen ja yliopiston tai muun koulutuksen järjestäjän kesken.

46 §

Asetuksenantovaltuus

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta suoritettavien korvausten suuruudesta ja korvausten maksamiseen liittyvistä menettelyistä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen painoalueista ja tavoitteista sekä tutkimusrahoituksen jakamisen muista perusteista ja menettelyistä sekä yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen arviointiryhmän asettamisesta, kokoonpanosta ja tehtävistä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen ja yliopistotasoisien terveyden tutkimuksen rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista.

7 luku

Viranomaisvalvonta

47 §

Valvonta ja siihen liittyvä ohjaus

Sosiaali- ja terveysalueiden sekä tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien palvelurakenteen ja toiminnan sekä niiden järjestämien ja tuottamien palvelujen lainmukaisuuden valvonta ja valvontaan 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 sekä tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien 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;
- 4) asiat, joiden puolueeton käsittely voi ilmeisesti vaarantua sen vuoksi, että aluehallintovirasto on tai on ollut asiassa myös asianosaisena.

Mitä tässä luvussa säädetään sosiaali- ja terveysalueiden ja tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien valvonnasta koskee myös kunnissa ja muissa kuntayhtymissä toteutetun sosiaali- ja terveydenhuollon ja -palvelujen valvontaa.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston ja aluehallintovirastojen tarkemmasta

työnjaosta ohjauksessa ja valvonnassa säädetään tarvittaessa valtioneuvoston asetuksella.

48 §

Ohjaus- ja arviointikäynnit

Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voivat tehdä 47 §:ssä tarkoitetun ohjauksen toteuttamiseksi ohjaus- ja arviointikäyntejä sosiaali- ja terveysalueille sekä tuottamisvastuussa oleviin kuntayhtymiin.

Ohjaus- ja arviointikäynneistä ja niiden ohjelmasta on sovittava ennakkoon asianomaisen sosiaali- ja terveysalueen tai tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän kanssa.

49 §

Tarkastusoikeus

Aluehallintovirasto ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voivat tarkastaa tässä laissa tarkoitetun toiminnan ja palvelut sekä niiden järjestämisessä käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat silloin, kun tarkastuksen tekemiseen on perusteltu syy. Tarkastus voidaan tehdä ennalta ilmoittamatta. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi määrätä aluehallintoviraston tekemään puolestaan edellä mainitun tarkastuksen. 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. Pysyväisluonteiseen asumiseen käytettävät tilat voidaan kuitenkin tarkastaa ainoastaan, jos tarkastaminen on välttämätöntä asiakkaan aseman ja asianmukaisten palvelujen turvaamiseksi. Tarkastajan apuna voi olla

tarkastuksen toteuttamiseksi tarpeellisia asiantuntijoita. Asiantuntijaan sovelletaan rikosoikeudellista virkavastuuta koskevia säännöksiä. Poliisiin on tarvittaessa annettava virka-apua tarkastuksen suorittamiseksi aluehallintovirastolle ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastolle.

Tarkastukseen sovelletaan muutoin mitä hallintolain 39 §:ssä säädetään tarkastuksesta.

50 §

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 terveydenhuoltoa 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.

Aluehallintoviraston ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston 1 momentissa tarkoitetun määräyksen tehosteeksi voidaan asettaa sakon uhka tai uhka, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään.

Aluehallintoviraston ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston päätöstä toiminnan keskeyttämisestä taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käytön kieltämisestä on noudatettava muutoksenhausta huolimatta, jollei muutoksenhakuviranomainen toisin määrää.

Mitä tässä pykälässä säädetään, ei koske lääkelaisissa (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 ha-

vainnut lääkehuoltoa koskevia puutteita tai muita epäkohtia, niistä on ilmoitettava Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuskeskelle. Säteilyn käyttöä koskevista puutteista ja epäkohdista on ilmoitettava Säteilyturvakeskuskelle.

51 §

Hallinnollinen ohjaus ja kehotus

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon järjestämisessä tai toteuttamisessa havaittu puute, virheellisyys, laiminlyönti tai muu epäkohta ei anna aihetta 50 §:ssä tarkoitettuihin toimenpiteisiin, aluehallintovirasto ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voivat saattaa sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän 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 tässä pykälässä 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.

52 §

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 aihetta.

Kahta vuotta vanhempaan tapahtumaan perustuvaa valvonta-asiaa ei tutkita, ellei siihen ole erityistä syytä.

Kantelumenettelystä säädetään hallintolaisissa sekä muistutus ja kantelumenettelystä po-

tilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000).

53 §

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.

8 luku

Erinäiset säännökset

54 §

Oikeudellisen vastuun määräytyminen

Tuottamisvastuussa olevalla kuntayhtymälä on vastuu sen tuottamisvastuulle kuuluvissa palveluissa olevien virheiden ja puutteiden aiheuttamista oikeudellisista ja taloudellisista seuraamuksista.

Sosiaali- ja terveysalue vastaa sille tässä laissa säädettyjen tehtävien lainmukaisesta toteuttamisesta.

55 §

Varautuminen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin

Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien on varauduttava valmiussuunnitelmin sekä muilla toimenpiteillä yhteistyössä alueensa kuntien kanssa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimenpiteitä edellyttäviin häiriötilanteisiin. Varautumisessa on varmistettava palvelujen

jatkuvuuden turvaaminen myös silloin, kun palveluja toteutetaan 16 §:n 1 momentin 3 ja 4 kohdassa tarkoitettulla tavalla hankkimalla niitä yksityisiltä palvelujen tuottajilta tai palvelusetelillä. Poikkeusoloihin varautumisesta säädetään valmiuslain (1552/2011) 12 §:ssä.

Valtio voi osallistua sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa tarvittavan valmiuden ylläpitämiseen ja häiriötilanteiden hoitamiseen rahoittamalla sellaista toimintaa, jonka korvaaminen valtion varoista on erityisestä syystä tarkoituksenmukaista. Toimintaa varten sosiaali- ja terveysministeriö voi nimetä ja valtuuttaa valtakunnallisia toimijoita.

Häiriötilanteisiin varautumisesta voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella.

56 §

Toimivalta häiriötilanteissa

Kahta tai useampaa tuottamisvastuussa olevaa kuntayhtymää koskevassa häiriötilanteessa sosiaali- ja terveysalue voi määrätä jonkun alueensa tuottamisvastuussa olevista kuntayhtymistä johtamaan ja koordinoimaan toimintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Jos häiriötilanne on laaja ja koskee kahta tai useampaa sosiaali- ja terveysaluetta, sosiaali- ja terveysministeriö voi määrätä yhden tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän johtamaan ja koordinoimaan tilannetta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erityisen merkittävissä häiriötilanteissa sosiaali- ja terveysministeriö voi ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon johto- ja koordinaatiovastuun itselleen.

Sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on ilmoitettava häiriötilanteista ja suuronnettomuuksista sosiaali- ja terveysministeriölle ja alueensa aluehallintovirastolle.

57 §

Järjestämisvastuun 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 valinta-oikeuttaan, palveluja koskeva järjestämisvastuu siirtyy henkilön muuttopäivästä lukien sille sosiaali- ja terveysalueelle, johon uusi kotikunta kuuluu.

58 §

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 tuottamisvastuussa olevalta kuntayhtymältä, johon tämä toinen kunta kuuluu, samoin perusteina kuin jos hän olisi tämän toisen kunnan asukas.

Sen kuntayhtymän, jolle hakemus on saapunut, tulee

1) ilmoittaa salassapitosäännösten estämättä hakemuksesta ja sen käsiteltäväksi ottamisesta välittömästi sille kuntayhtymälle, jolla on 6 §:n perusteella tuottamisvastuu hakijalle annettavista sosiaali- ja terveyspalveluista;

2) käsitellä hakemus ja arvioida hakijan palvelutarve yhteistyössä palveluiden tuottamisvastuussa hakemushetkellä olevan kuntayhtymän kanssa;

3) tehdä asiassa päätös.

Hakemusta ei kuitenkaan käsitellä, jos hakija on jo tehnyt vastaavan hakemuksen toiselle kuntayhtymälle ja asian käsittely on vielä kesken.

Jos tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä 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 määräaikojen noudattamisen, hänen oikeutensa päätöksen mukaisiin palveluihin raukeaa.

59 §

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 sininen kortti, sekä ulkomaalaislain 37 §:ssä tarkoitettujen tällaisen henkilön perheenjäsenet.

60 §

Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito

Sosiaali- ja terveysalue on henkilötietolain (523/1999) 3 §:n 4 kohdassa tarkoitettu rekisterinpitäjä sen järjestämisvastuulle kuuluvassa toiminnassa syntyneille sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoille. Näistä asiakas- ja potilasasiakirjoista ja niiden käsittelystä säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa, potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007), viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa (621/1999) ja henkilötietolaissa.

Sosiaali- ja terveysalueen asiakas- ja potilasrekisterit tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä

käsittelystä annetun lain mukaisia valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja käyttäen.

Tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä vastaa omassa toiminnassaan ja 16 §:n 1 momentin 2–5 kohdassa tarkoitettulla tavalla toteuttamansa toiminnan yhteydessä laadittujen asiakas- ja potilasasiakirjojen virheettömyydestä. Lisäksi tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä vastaa omalta osaltaan, että sen omassa toiminnassa ja muualta hankituissa palveluissa noudatetaan 1 ja 2 momentissa mainittujen lakien säännöksiä asiakas- ja potilastietojen käsittelystä.

Henkilön oikeudesta tarkastaa 1 momentissa tarkoitetuissa asiakas- ja potilasrekistereissä olevat tiedot säädetään henkilötietolain 26–28 §:ssä. Tarkastuspyynnön voi tehdä asianomaiselle sosiaali- ja terveysalueelle sekä tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle. Virheellisten tietojen korjaamisesta säädetään henkilötietolain 29 §:ssä. Korjauspyyntö on osoitettava sille organisaatiolle, jonka palveluksessa virheen tehnyt henkilö on ollut virheen tehdessään. Sähköiseen asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn liittyviä lokitietoja koskeva pyyntö voidaan tehdä asianomaiselle rekisterinpitäjälle tai tuottamisvastuussa olevalle kuntayhtymälle.

61 §

Henkilöstön ammattitaidon ylläpito

Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi heille järjestettyyn täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutukseen vaikuttavat peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan antaa tarvittaessa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista.

62 §

Muutoksenhaku

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän sekä tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän päätökseen haetaan muutosta siten kuin kuntalain 11 luvussa säädetään, jollei lailla toisin säädetä.

Tämän lain nojalla tehtyyn valtion viranomaisen päätökseen haetaan muutosta hallin-

tolainkäyttölain (586/1996) mukaisesti, jollei lailla toisin säädetä.

63 §

Voimaantulo

Tämän lain voimaantulosta säädetään erikseen lailla.

2.

Laki**sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaannpanosta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 §

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaantulo

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (xxxx/2014), jäljempänä järjestämislaki, tulee voimaan päivänä kuuta 2015. Lain 4–7, 9, 32 ja 55 § sekä 56 §:n 1 momentti tulevat kuitenkin voimaan 1 päivänä tammikuuta 2017.

2 §

Kumottavat lait

Tällä lailla kumotaan:

- 1) kansanterveyslaki (66/1972);
- 2) erikoissairaanhoidtolaki (1062/1989); sekä
- 3) sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettu laki (733/1992).

3 §

Järjestämisvastuun ja tuottamisvastuun alkaminen

Järjestämislain mukainen sosiaali- ja terveysalueiden järjestämisvastuu ja tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien tuottamisvastuu alkaa 1 päivänä tammikuuta 2017.

Järjestämislain 37–46 §:n mukaiset valtion korvaukset suoritetaan ensimmäisen kerran vuonna 2015 maksettaviin korvauksiin.

4 §

Valtion koututuskorvaus ja korvaus tutkimustoimintaan

Järjestämislain 37–46 §:n mukaiset valtion korvaukset suoritetaan ensimmäisen kerran vuonna 2015 maksettaviin korvauksiin.

5 §

Eräiden järjestämislain säännösten soveltaminen kuntiin ja kuntayhtymiin

Järjestämislain 40–45, 47–53 §:ää, 56 §:n 3 momenttia ja 61 §:ää sovelletaan kuntiin sekä tämän lain voimaan tullessa olemassa oleviin sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiin ja yhteistoiminta-alueisiin vuoden 2016 loppuun.

Järjestämislain 56 §:n 2 momenttia sovelletaan erikoissairaanhoidolain (1062/1989) mukaisesti erityisvastuualueisiin vuoden 2016 loppuun saakka.

6 §

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymiin kuuluvat kunnat

Kunta kuuluu järjestämislain 10 §:n mukaisia sosiaali- ja terveysalueita ensimmäisen kerran muodostettaessa sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymään seuraavasti:

1) Eteläisen sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymään kuuluvat

Asikkala, Askola, Espoo, Hamina, Hanko, Hartola, Heinola, Helsinki, Hollola, Hyvinkää, Hämeenkoski, Iitti, Imatra, Inkoo, Järvenpää, Karkkila, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Kotka, Kouvola, Kärkölä, Lahti, Lapinjärvi, Lappeenranta, Lemi, Lohja, Loviisa, Luumäki, Miehikkälä, Myrskylä, Mäntsälä, Nastola, Nurmijärvi, Orimattila, Padasjoki, Parikkala, Pornainen, Porvoo, Pukkila, Pyhtää, Raasepori, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale, Sipoo, Siuntio, Sysmä, Taipalsaari, Tuusula, Vantaa, Vihti ja Viro-lahti;

2) Itäisen sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymään kuuluvat

Enonkoski, Hankasalmi, Heinävesi, Hirvensalmi, Iisalmi, Ilomantsi, Joensuu, Joroinen, Joutsa, Juankoski, Juuka, Juva, Jyväskylä, Kaavi, Kangasniemi, Kannonkoski, Kars-tula, Keitele, Keuruu, Kinnula, Kitee, Kiuru-vesi, Kivijärvi, Konnevesi, Kontiolahti, Kuopio, Kyyjärvi, Lapinlahti, Laukaa, Leppävir-ta, Lieksa, Liperi, Luhanka, Maaninka, Mik-keli, Multia, Muurame, Mäntyharju, Nurmes, Outokumpu, Pertunmaa, Petäjävesi, Pieksä-mäki, Pielavesi, Pihtipudas, Polvijärvi, Puu-mala, Rantasalmi, Rautalampi, Rautavaara, Rääkkylä, Saarijärvi, Savonlinna, Siilinjärvi, Sonkajärvi, Sulkava, Suonenjoki, Tervo, Tohmajärvi, Toivakka, Tuusniemi, Uurainen, Valtimo, Varkaus, Vesanto, Vieremä, Viita-saari ja Äänekoski;

3) Keskisen sosiaali- ja terveysalueen kun-tayhtymään kuuluvat

Akaa, Alajärvi, Alavus, Evijärvi, Forssa, Hattula, Hausjärvi, Humppila, Hämeenkyrö, Hämeenlinna, Ikaalinen, Ilmajoki, Isojoki, Isokyrö, Jalasjärvi, Janakkala, Jokioinen, Juupajoki, Jämijärvi, Jämsä, Kangasala, Ka-rijoki, Karvia, Kauhajoki, Kauhava, Kihniö, Kuhmoinen, Kuortane, Kurikka, Lappajärvi, Lapua, Lempäälä, Loppi, Mänttä-Vilppula, Nokia, Orivesi, Parkano, Pirkkala, Punka-laidun, Pälkäne, Riihimäki, Ruo-vesi, Sasta-mala, Seinäjoki, Soini, Tammela, Tampere, Teuva, Urjala, Valkeakoski, Vesilahti, Vim-peli, Virrat, Ylöjärvi, Ypäjä ja Ähtäri;

4) Läntisen sosiaali- ja terveysalueen kun-tayhtymään kuuluvat

Aura, Eura, Eurajoki, Harjavalta, Honkajo-ki, Huittinen, Kaarina, Kankaanpää, Kaski-nen, Kemiönsaari, Kokemäki, Korsnäs, Kos-ki Tl, Kristiinankaupunki, Kustavi, Köyliö, Laihia, Laitila, Lavia, Lieto, Loimaa, Luoto, Luvia, Maalahti, Marttila, Masku, Merikar-via, Mustasaari, Mynämäki, Naantali, Nakki-la, Nousiainen, Närpiö, Oripää, Paimio, Pa-rainen, Pedersören kunta, Pietarsaari, Po-markku, Pori, Pyhäranta, Pöytyä, Raisio, Rauma, Rusko, Salo, Sauvo, Siikainen, So-mero, Säskylä, Taivassalo, Tarvasjoki, Turku, Ulvila, Uusikaarlepyy, Uusikaupunki, Vaasa, Vehmaa ja Vöyri;

5) Pohjoisen sosiaali- ja terveysalueen kun-tayhtymään kuuluvat

Alavieska, Enontekiö, Haapajärvi, Haapavesi, Hailuoto, Halsua, Hyrynsalmi, Ii, Inari, Kajaani, Kalajoki, Kannus, Kaustinen, Kemi, Kemijärvi, Keminmaa, Kempele, Kittilä, Kokkola, Kolari, Kruunupyö, Kuhmo, Kuusamo, Kärsämäki, Lestijärvi, Liminka, Lumijoki, Merijärvi, Muhos, Muonio, Nivala, Oulainen, Oulu, Paltamo, Pelkosenniemi, Pello, Perho, Posio, Pudasjärvi, Puolanka, Pyhäjoki, Pyhäjärvi, Pyhäntä, Raahel, Ranua, Reisjärvi, Ristijärvi, Rovaniemi, Salla, Savukoski, Sievi, Siikajoki, Siikalatva, Simo, Sodankylä, Sotkamo, Suomussalmi, Taivalkoski, Tervola, Toholampi, Tornio, Tyrnävä, Utajärvi, Utsjoki, Vaala, Veteli, Ylitornio ja Ylivieska.

7 §

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perustaminen

Kuntien edustajainkokous päättää sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perustamisesta ja kuntayhtymän perussopimuksesta.

Edustajainkokouksen kutsuu ensimmäisen kerran koolle se Aluehallintovirasto, jonka alueella on enemmistö 2 §:n 1–5 kohdassa mainituista kunnista. Edustajainkokous on kutsuttava koolle siten, että se kokoontuu ensimmäisen kerran viimeistään toukokuussa 2015. Aluehallintoviraston valitsema henkilö johtaa edustajainkokousta, kunnes sille on valittu puheenjohtaja ja varapuheenjohtaja.

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.

Edustajainkokouksen päätös edellyttää, että hyväksymistä kannattaa äänten enemmistön

lisäksi vähintään kolmasosa edustettuna olevista kunnista ja enemmistö näiden kuntien edustajista. Edustajainkokous antaa tarpeelliset määräykset perussopimuksen ja muiden asioiden valmistelusta ja päätösten täytäntöönpanosta sekä päättää yhteisten kustannusten suorittamisesta. Edustajainkokouksen menettelystä ja muutoksenhausta edustajainkokouksen päätökseen noudatetaan muutoin, mitä valtuustosta säädetään kuntalain (365/1995) 7 ja 11 luvussa.

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perussopimuksen hyväksymisestä on päätettävä viimeistään 31 päivänä lokakuuta 2015. Perussopimus on toimitettava tiedoksi sosiaali- ja terveysministeriölle viimeistään 2 päivänä marraskuuta 2015. Kuntayhtymän on aloitettava toimintansa viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2016.

8 §

Valtioneuvoston toimivalta sosiaali- ja terveysalueen perustamiseksi

Jos sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perussopimuksesta ei ole päätetty 5 §:n 6 momentissa säädettyyn ajankohtaan mennessä valtioneuvosto päättää kuntalain 78 §:n 3 momentissa säädettyistä perussopimukseen sisältyvistä asioista siltä osin kuin kunnat eivät ole niistä sopineet. Ennen päätöstä on kuultava alueen kuntia.

Valtioneuvoston päättämä perussopimus on voimassa siihen asti, kunnes kunnat sopivat siitä toisin.

9 §

Tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät

Kuntayhtymän on ilmoitettava sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymälle viimeistään 1 päivänä helmikuuta 2016 halukkuutensa toimia järjestämislain 14 §:n mukaisena tuottamisvastuussa olevana kuntayhtymänä. Ilmoituksessa on oltava selvitys järjestämislain 14 §:ssä säädettyjen edellytysten toteutumisesta.

Jos sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymälle tehtyjen ilmoitusten perusteella järjestämislain 14 §:n mukainen tuottamisvastuu ei kata alueen kaikkia kuntia tai kaikkia sosiaali-

li- ja terveyspalveluja, sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän on kutsuttava koolle alueen kuntien edustajat sen selvittämiseksi, miten kattava tuottamisvastuu voidaan toteuttaa. Kokous on kutsuttava koolle viimeistään 1 päivänä maaliskuuta 2016.

Jos 1 tai 2 momentin tarkoittamien ilmoitusten ja neuvottelujen perusteella sosiaali- ja terveysalueelle ei muodostu tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä, joiden tuottamisvastuun piirissä ovat kaikki alueen kunnat ja sosiaali- ja terveyspalvelut, sosiaali- ja terveysalueen on määrättävä kunnat, joiden on perustettava tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät. Sosiaali- ja terveysalueen on kutsuttava koolle asianomaisten kuntien edustajainkokous. Edustajainkokouksen on käynnistettävä kuntayhtymän perustaminen 4 §:n 3–5 momentissa säädettyä menettelyä noudattaen. Tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä on perustettava siten, että se voi ottaa vastaan tämän lain mukaisen tuottamisvastuun 1 päivänä tammikuuta 2017.

Jos tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän perussopimuksesta ei ole päätetty viimeistään 31 päivänä lokakuuta, sosiaali- ja terveysalue päättää kuntalain 78 §:n 3 momentissa säädetystä perussopimukseen sisältyvistä asioista siltä osin kuin kunnat eivät ole niistä sopineet. Ennen päätöstä on kuultava alueen kuntia.

Sosiaali- ja terveysalueen päättämä perussopimus on voimassa siihen asti, kunnes kunnat sopivat siitä toisin.

10 §

Sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksen laatiminen

Sosiaali- ja terveysalueen on laadittava ja hyväksyttävä järjestämispäätös ensimmäisen kerran viimeistään 31 päivänä lokakuuta 2016. Järjestämispäätöksessä on tällöin oltava järjestämislain 12 §:ssä säädettyjen asioiden lisäksi selvitys siitä, miten sosiaali- ja terveyspalvelujen jatkuva ja häiriötön saataavuus varmistetaan tuottamisvastuun siirtyessä järjestämislain 14 ja 15 §:n mukaisille kuntayhtymille.

Järjestämispäätöstä laadittaessa on kuultava niitä kuntayhtymiä, jotka on tarkoitus määrätä tuottamisvastuussa oleviksi kuntayhtymiksi. Järjestämispäätöksen valmistelussa on lisäksi otettava huomioon alueen asukkaiden näkemykset järjestämislain 12 §:n 1 momentin ja 30 §:n mukaisesti.

11 §

Henkilöstön asema

Tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä muodostettaessa kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä, hallinnossa ja muissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä olevat henkilöt siirtyvät tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän palvelukseen. Henkilöt siirtyvät sen tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän palvelukseen, jolla on tuottamisvastuu niistä tehtävistä, joissa asianomainen henkilö on ollut ennen siirron toteutumista. Muutos katsotaan liikkeenluovutukseksi, jos se johtaa henkilöstön työnantajan vaihtumiseen.

Tämän lain mukaiset tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien perustamista koskevat päätökset toteutetaan yhteistoiminnassa kuntien henkilöstön edustajien kanssa sen mukaisesti, mitä työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta kunnissa annetussa laissa (449/2007) säädetään.

12 §

Omaisuusjärjestelyt

Jos erityishuoltopiirin, sairaanhoitopiirin tai muun sosiaali- tai terveydenhuollon kuntayhtymän jäsenkunnat eivät toisin sovi, kuntayhtymän kiinteistöjen, rakennusten ja niihin liittyvien laitteiden, koneiden ja kalusteiden omistus ja hallinnointi jää kuntayhtymän tehtäväksi.

Jos kunnat eivät ole sopineet kuntayhtymän omaisuusjärjestelyistä, kuntayhtymän jäsenkunnat ovat velvollisia muuttamaan kuntayhtymän perussopimusta siten, että kuntayhtymän tehtävät rajoittuvat vuoden 2017 alusta kiinteistöjen, rakennusten ja niihin liittyvien laitteiden, koneiden ja kalusteiden omistukseen, hallintaan ja vuokraamiseen tuottamis-

vastuussa oleville kuntayhtymille 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 jäävät kuntien omistukseen, jos kunnat eivät sovi toisin.

Määräaikaisesta verovapaudesta tässä pykälässä tarkoitettuihin omaisuusjärjestelyihin liittyen säädetään varainsiirtoverolaissa (931/1996) ja arvonlisäverolaissa (1501/1993).

13 §

Oikeuksien ja velvoitteiden siirtyminen

Tämän lain voimaan tullessa kuntien ja kuntayhtymien järjestämistä vastuulle kuuluvaan sosiaalihuoltoon ja terveydenhuoltoon liittyvät oikeudet, luvat ja velvoitteet siirtyvät sosiaali- ja terveysalueen päätöksen mukaisesti sille kuntayhtymälle, jolle palvelujen tuottamisvastuu siirtyy. Jos kunta tai kuntayhtymä tekee tämän lain vahvistamisen ja tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän toiminnan käynnistymisen välisenä aikana sopimuksia velvoitteista, jotka jatkuvat tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän toiminnan käynnistymisen jälkeen, sopimuksen tehnyt kunta tai kuntayhtymä vastaa velvoitteista, jos sopimuksen tekijä ja tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä eivät toisin sovi.

Jos tuottamisvastuu siirtyy kahdelle tai useammalle kuntayhtymälle, oikeuksien, lupien ja velvoitteiden jakamisesta on soveltuvin osin voimassa, mitä kuntarakennelain 8 luvussa säädetään taloudellisesta selvityksestä.

Kunnat voivat sopia oikeuksien ja velvoitteiden siirtymisestä toisin kuin 1 ja 2 momentissa säädetään.

14 §

Sosiaali- ja terveysalueen rahoituksen siirtymäjärjestely

Jos järjestämislain 33 §:n mukainen kunnan asukaskohtainen rahoitusosuus poikkeaa kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain (1704/2009) 57 §:n 2 momentin mukaisella peruspalvelujen hintaindeksillä tarkistetusta vuosien 2012–2014 sosiaali- ja terveyspalvelujen keskimääräisestä vuotuisesta asukaskohtaisesta kustannuksesta, kunnan asukaskohtaisesta rahoitusosuutta tasataan vuosina 2017–2020. Tasaus tehdään korottamalla tai alentamalla järjestämislain 33 §:n mukaista kunnan asukaskohtaisesta rahoitusosuutta siten, että kunnan asukasta kohden määritellyn maksuosuuden muutos kunnan vuosien 2012 - 2014 vuotuisiin keskimääräisiin asukaskohtaisiin kustannuksiin verrattuna on enintään:

- 1) 50 euroa asukkaalta vuonna 2017;
- 2) 150 euroa asukkaalta vuonna 2018;
- 3) 250 euroa asukkaalta vuonna 2019;
- 4) 400 euroa asukkaalta vuonna 2020.

Jos kunnan maksuosuuden muutos olisi suurempi kuin 400 euroa asukkaalta, tätä suurempi muutos tasataan myös vuoden 2020 jälkeen.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkemmat säännökset tasauksen toteuttamisesta.

15 §

Muutostuki kunnille ja kuntayhtymille

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä on tukea kuntia, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiä sekä perustettavia sosiaali- ja terveysalueita uudistuksen toteutuksessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos osallistuu muutostuen toteutukseen.

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymille osoitetaan kullekin vuosina 2015 – 2017 taloudellista tukea uudistuksen toimeenpanoon valtion talousarviossa osoitetun määrärahan rajoissa. Ennen sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perustamista toimeenpanoa tukevia henkilöitä voidaan palkata vuonna 2015 aluehallintovirastoihin tai sosiaali- ja

terveysalueen kuntien keskenään sopimaan muuhun organisaatioon.

16 §

Muutoksenhaku

Sosiaali- ja terveysalueen 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 §

Voimaantulo

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 2015. Lain 2 § tukee kuitenkin voimaan vasta 1 päivänä tammikuuta 2017.

3.

Laki

varainsiirtoverolain väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti

lisätään varainsiirtoverolakiin (931/1996) väliaikaisesti uusi 43 d § seuraavasti:

43 d §

Määräaikainen verovapaus kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelyissä

Jos kunta, kuntayhtymä tai niiden omistama kiinteistön omistamista ja hallintaa harjoittava osakeyhtiö luovuttaa vuosina 2015–2018 sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa (x/2015) tarkoitettujen velvoitteiden toteuttamiseksi omistamansa kiinteistön, joka on pääasiallisesti ollut välittömästi sosiaalihuollon, terveyden- ja sairaanhoidon, koulu-, nuoriso-, kirjasto-, kulttuuri-, liikunta- tai palo- ja pelastustoimen taikka kunnan tai kuntayhtymän yleishallinnon käytössä, yhden tai useamman kunnan tai kuntayhtymän omistamalle kiinteistön omistamista ja hallintaa harjoittavalle osakeyhtiölle sosiaali- tai terveydenhuollon käyttöön ja saa vastikkeeksi vastaanottavan yhti-

ön osakkeita, Verohallinto palauttaa suoritetun veron hakemuksesta.

Verovapaus koskee vastaavasti kunnan tai kuntayhtymän omistaman kiinteistön omistamista ja hallintaa harjoittavan yhtiön osakkeiden luovutusta vastaanottavan yhtiön osakkeita vastaan, jos:

1) kiinteistöt ovat pääasiassa 1 momentissa tarkoitettussa käytössä; tai

2) osakkeet oikeuttavat 1 momentissa tarkoitettussa käytössä olevan huoneiston hallintaan.

Hakemus veron palauttamiseksi on tehtävä vuoden kuluessa veron suorittamisesta. Hakemukseen on liitettävä asianomaisten kuntien antama selvitys luovutuksen liittymisestä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa tarkoitettujen velvoitteiden toteuttamiseen sekä kiinteistön käytöstä ennen luovutusta ja sen jälkeen. Hakemukseen on lisäksi liitettävä kunnan tilintarkastajan

lausunto. Verohallinto voi tarvittaessa pyytää valtiovarainministeriöltä lausunnon luovutuksen liittyemisestä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa tarkoitettujen velvoitteiden toteuttamiseen.

Jos hakemus on tehty ja verovapaan luovutuksen edellytysten täyttymisestä on esitetty selvitys ennen veron suorittamista, Verohallinto voi päättää, että veroa ei ole suoritettava.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 2015. Laki on voimassa 31 päivään joulukuuta 2018.

Ennen tämän lain voimaantuloa tehdyn sopimuksen perusteella tapahtuvaan luovutukseen sovelletaan tämä lain voimaan tullessa voimassa olleita säännöksiä.

4.

Laki

eräiden kumotusta sosiaalihuoltolaista voimaan jätettyjen säännösten kumoamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 §
Tällä lailla kumotaan sosiaalihuoltolailla (/) kumotun sosiaalihuoltolain (710/1982) voimaan jätetyt 2 luku, 40 §, 5 luku ja 53–57 §:t, sellaisina kun ne ovat, 2 luku osaksi laeissa 736/1992, 813/2000, 413/2001, 1329/2006 ja 1541/2009, 40 § laissa

430/2003, 5 luku osaksi laissa 1134/2002, 53 § laissa 50/2005, 54 § laissa 736/1992 55 § laissa 670/2008 sekä 56 ja 57 § laissa 1541/2009

2 §
Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20.

5.**Laki****kansanterveyslain eräiden säännösten kumoamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 §	2 §
Tällä lailla kumotaan kansanterveyslain (66/1972) 2 ja 42–44, sellaisina kuin ne ovat 2 § laissa 1537/2009, 42 § laeissa 1254/2005, 1537/2009 ja 1327/2010 sekä 43 ja 44 § laeissa 1537/2009 ja 1327/2010.	Tämä laki tulee voimaan _____ päivänä kuu- ta 20 .

6.**Laki****erikoissairaanhoidon eräiden säännösten kumoamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 §	2 §
Tällä lailla kumotaan erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) 5 ja 51–53 §, sellaisena kuin ne ovat 5 § laissa 1548/2009, 51 § laeissa 1256/2005, 1548/2009 ja 1328/2010, sekä 52 ja 53 § laissa 1548/2009 ja 1328/2010.	Tämä laki tulee voimaan _____ päivänä kuu- ta 20 .

7.

Laki**terveydenhuoltolain eräiden säännösten kumoamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 §
Tällä lailla kumotaan terveydenhuoltolain (1326/2010) 5, 12 ja 58 - 66 §, sellaisina kuin niistä ovat 60 ja 65 § osaksi laissa 313/2011 sekä 61 § osaksi laissa 802/2013.

2 §
Tämä laki tulee voimaan _____ päivänä _____ kuuta 20 _____.

8.

Laki**sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain eräiden säännösten kumoamisesta**

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 §
Tällä lailla kumotaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 5, 5a ja 5 b §, sellaisena kun ne ovat 5 ja 5 a § laissa 253/2007 sekä 5 b § laissa 140/2008.

2 §
Tämä laki tulee voimaan _____ päivänä _____ kuu-
ta 20 _____.

Helsingissä 4 päivänä joulukuuta 2014

Pääministeri**ALEXANDER STUBB**Peruspalveluministeri *Susanna Huovinen*