LUONNOS
18.8.2014

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

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi sekä sen voimaanpanolaki. Lailla 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 järjestämispäätöksessä määritellyt kunnat ja kuntayhtymät. Tuottamisvastuu voidaan antaa sellaiselle kunnalle ja kuntayhtymälle, jolla on toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset vastata kaikista sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluista.

Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi sosiaali- ja terveysalue laatii järjestämispäätöksen. Siinä määritellään keskeiset sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamiseksi tarvittavat toimet ja vastuut alueella. Järjestämispäätös sitoo tuottamisvastuussa olevia kuntia ja kuntayhtymiä. Tuottamisvastuussa olevat kunnat toteuttavat palvelut niiden omana toimintana. Omaa palvelutuotantoa voidaan täydentää yksityisiltä palvelujen tuottajilta hankittavilla palveluilla järjestämispäätöksessä määriteltyjen 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. Sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätös hyväksytään käytävissä neuvotteluissa.

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 kunnille ja kuntayhtymille järjestämispäätöksessä määriteltävien perusteiden mukaisesti.

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

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain voimaanpanosta säädetään erillisellä voimaanpanolailla. Lait ehdotetaan tulemaan voimaan mahdollisimman pian niiden hyväksymisen ja vahvistamisen jälkeen. Lakien mukaiset sosiaali- ja terveysalueet on muodostettava siten, että ne aloittavat toimintansa viimeistään vuoden 2016 alussa ja järjestämisvastuu siirtyy niille 2017 alusta lukien. Kansanterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettu laki ehdotetaan kumottavaksi vuoden 2017 alusta lukien.

———

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ....1
SISÄLLYS....2
YLEISPERUSTELUT....4
1 JOHDANTO....4
2 NYKYTILA....5
2.1 Perusoikeudet....5
Yleistä....5
Sosiaali- ja terveyspalvelut....6
Kielelliset oikeudet....7
2.2 Kunnallinen itsehallinto....8
2.3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen....9
2.4 Terveydenhuolto....11
Perusterveydenhuolto....11
Erikoissairaanhoito ja sairaanhoitopiirit....11
Erityisvastuualueet....12
2.5 Sosiaalihuolto....13
Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisvastuu....14
2.6 Kunta- ja palvelurakenne....15
Kuntarakenne....15
Kuntauudistus....18
2.7 Kuntien hallinto ja yhteistoiminta....19
Kunnan hallinnon ja talouden järjestäminen....19
Kuntien yhteistoimintamuodot....20
Kuntien yhteistoiminnan erilaisia toteutuksia....22
2.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja kuntien välinen kustannustenjako....27
Rahoitus....27
2.9 Kehittämistoiminta ja -rakenteet....30
Kehittämistoiminta ja -rakenteet....30
Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste)....31
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....40
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....46
3.1 Tavoitteet....46

3.2 Toteuttamisvaihtoehdot ... 48
3.3 Keskeiset ehdotukset ... 50
4 ESITYKSEN VAIKUTUKSET ... 53
4.1 Yleistä ... 53
4.2 Taloudelliset vaikutukset ... 53
4.3 Hallinnolliset ja organisatoriset vaikutukset ... 53
4.4 Vaikutukset kuntien asukkaisiin sekä asiakkaisiin ja potilaisiin ... 53
4.5 Palvelujen tuotanto ... 53
4.6 Henkilöstövaikutukset ... 54
5 ASIAN VALMISTELU ... 54
5.1 Valmisteluvaiheet ... 54
5.2 Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen ... 56
6 RIIPPUVUUS MUISTA ESITYKSISTÄ ... 56
YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT ... 57
1 LAKIEHDOTUSTEN PERUSTELUT ... 57
1.1 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ... 57
1 Luku **Yleiset säännökset** ... 57
2 Luku **Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen** ... 61
4 Luku **Hallinto** ... 70
5 Luku **Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen** ... 72
6 Luku **Rahoitus** ... 79
Valtion koulutuskorvaukset ... 80
Valtion korvaus tutkimustoimintaan ... 83
7 Luku **Viranomaisvalvonta** ... 86
8 Luku **Erinäiset säännökset** ... 90
1.2 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaanpanosta ... 97
1.3 Laki varainsiirtoverolain muuttamisesta ... 101
1.4 Muuhun lainsäädäntöön tehtävät muutokset ... 103
2 TARKEMMAT SÄÄNNÖKSET ... 104
3 VOIMAANTULO ... 104
4 SUHDE PERUSTUSLAKIIN JA SÄÄTÄMISJÄRJESTYS ... 104
4.1 Yleistä ... 104
4.2 Yhdenvertaisten ja riittävien palvelujen turvaaminen ylikunnallisena tehtävänä ... 105
4.3 Kansanvaltaisuuden toteutuminen ... 107
4.4 Äänivalta päätöksenteossa ... 108
4.5 Kuntien tehtävien säätäminen lailla ... 108
4.6 Kansallinen ohjaus ... 109
4.7 Asetuksenantovaltuudet ... 109
4.8 Kielelliset oikeudet ... 110
4.9 Saamelaisten oikeudet ... 110
LAKIEHDOTUKSET ... 112
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ... 112
Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaanpanosta 129
Laki varainsiirtoverolain väliaikaisesta muuttamisesta ... 133

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 terveyspalvelujen 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 palvelurakenneuudistuksesta (169/2007), jäljempänä puitelaki. Kainuun maakuntakokeilussa alueen kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto toteutettiin maakunnan laajuisesti maakuntahallintoon liittyvän kuntayhtymän toimesta.

Puitelaki velvoittaa kunnat yhteistoimintaan palvelujen järjestämisessä. Puitelain mukaiset yhteistoimintavelvoitteet ovat voimassa määräaikaisesti vuoden 2016 loppuun saakka (L 490/2014). Puitelain mukaan kunnan tulee muodostua työssäkäyntialueesta tai muusta sellaisesta toiminnallisesta kokonaisuudesta, jolla on taloudelliset ja henkilöstövoimavaroihin perustuvat edellytykset vastata palveluiden järjestämisestä ja rahoituksesta. Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Yhteistoiminta-alueelle voidaan antaa myös muita tehtäviä. Kunnat voivat perustaa yhteistoiminta-alueen antamalla yhteistoiminta-alueen tehtävät yhden kunnan hoidettavaksi kuntalain (365/1995) 76 §:n 2 momentin mukaisesti tai perustamalla kuntayhtymän. Väestöpohjavaatimuksista voidaan poiketa, jos toiminnallisen kokonaisuuden muodostaminen ei saaristoisuuden tai pitkien etäisyyksien vuoksi ole mahdollista tai suomen- tai ruotsinkielisten asukkaiden kielellisten oikeuksien turvaamiseksi taikka saamelaisten kieltä ja kulttuuria koskevien oikeuksien turvaamiseksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämien tietojen mukaan vuonna 2014 yhteensä 89 kuntaa järjesti sosiaali- ja terveydenhuollon 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.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntarakenteen uudistamista. Ohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden sosiaali- ja 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 voidaan tarvittaessa antaa mahdollisuus poikkeusmenettelyyn, jossa kunnat yhdessä voivat muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä, väestöpohjaltaan riittävän suuria sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen toteutus selvitetään osana kunta- ja palvelurakenneselvitystä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu on samalla organisaatiolla (kunta tai sosiaali- ja terveysalue). Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista sekä osasta erikoissairaanhoidon tehtäviä (esimerkiksi niin kutsuttu peruserikoissairaanhoito) sekä vastaavasti sosiaalihuollon tehtävistä tavoitteena mahdollisimman laajan palvelukokonaisuuden muodostuminen. Tarkoituksenmukaisen työnjaon perusteella määriteltävistä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tehtävistä kunnat ja sosiaali- ja terveysalueet vastaavat yhdessä. Sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien palvelutuotantoa käytetään täydentämään kuntien ja sosiaali- ja terveysalueiden palveluja.

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

Muun muassa edellä todettuihin kirjauksiin liittyen hallitusohjelmassa todettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksen 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 kielto (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 terveyspalvelujen 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. Yhdenvertaisuusperiaatteeseen sisältyy myös mielivallan kielto. Lainsäädäntövallan rajoituksia täsmentävät 2 momentin syrjintäkiellot, jotka estävät ihmisten asettamisen eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen saattaa kuitenkin edellyttää poikkeamista muodollisesta yhdenvertaisuudesta hyväksyttävän tarkoitusperän 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 terveyspalvelujen 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 terveyspalvelut

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa sosiaali- ja terveyspalveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut 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), erikoissairaanhoitolain (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 tarkoitetussa 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 toimintalohkoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan.

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

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

Kielelliset oikeudet

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

Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Lisäksi perustuslaissa säädetään 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 ruotsinkin 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 yksityiskohtaiset säännökset oikeudesta käyttää suomea ja ruotsia. Kielilakia sovelletaan valtion ja kuntien viranomaisissa ja itsenäisissä julkisoikeudellisissa laitoksissa. Laki koskee myös valtion liikelaitoksia, valtion ja kuntien yhtiöitä sekä yksityisiä niiden hoitaessa julkisia hallintotehtäviä.

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

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

Perustuslain 17 § 3 momentin mukaan viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- 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 koltasaamea 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 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 päätösvallan käyttöä, kunnan muun hallinnon järjestämisen perusteita ja kunnan asukkaiden keskeisiä osallistumisoikeuksia.

Itsehallinnon periaatteen mukaisesti lailla on turvattava kunnan päätöksentekojärjestelmän kansanvaltaisuus, mikä sisältää ennen muuta kunnan asukkaiden oikeuden valitsemiinsa hallintoelimiin sekä sen, että päätösvalta kunnissa kuuluu asukkaiden valitsemille toimielimille (hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslaiksi, HE 1/1998 vp). Lailla säätämisen 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 kanavoidaan 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 perusyksikköjä, vaan niiden tehtävänä on huolehtia myös siitä, että perustuslaissa turvatut taloudelliset, sosiaaliset ja sivistyksellisen perusoikeudet toteutuvat. Näin ollen pe-

rustuslain 121 §:ssä säädetyn kunnallisen itsehallinnon ohella kuntia koskevan lainsäädännön kannalta merkitystä on perustuslain 2 luvussa säädetyillä perusoikeussäännöksillä. Näitä on kuvattu edellä kohdissa 2.1.1 ja 2.1.2.

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

2.3 Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Palvelurakennetyöryhmä määritteli väliraportissaan (STM Raportteja ja muistioita 2012:17) hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seuraavasti: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on yksilöön, perheisiin, yhteisöihin, väestöön, elinoloihin ja elinympäristöön (sekä palvelujen järjestämiseen) kohdentuvaa toimintaa, jonka avulla parannetaan väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä vähennetään eroja väestöryhmien välillä. Lisäksi ehkäistään sairauksia, tapaturmia, syrjäytymistä ja muita sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä parannetaan työ- ja toimintakykyä ja vahvistetaan yhteisöllisyyttä, osallisuutta ja turvallisuutta. Kunnassa hyvinvointia ja terveyttä edistävä työ on eri toimialojen ja kunnassa ja alueella toimivien muiden organisaatioiden yhteistyössä toteuttamaa suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista hyvinvointia ja terveyttä edistävään työhön ja väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämiseen.

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

Kuntalain 1 §:n 3 momentti velvoittaa kuntia edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä alueellaan. Terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia ja kuntayhtymiä terveys- ja hyvinvointivaikutusten ennakkoarviointiin päätöksenteossaan ja ratkaisujen valmistelussa. Kuntien tulee seurata asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin, ja tätä varten on valmisteltava hyvinvointikertomus ja määriteltävä seurannan indikaattorit. Myös terveyden ja hyvinvoinnin vastuutahot tulee määritellä. Terveyden edistämisen toteutuksesta tulee sopia kuntien yhdessä laatimassa järjestämissuunnitelmassa. Sosiaalihuoltolain 13 §:n 2 momentin nojalla kunta on muiden sosiaalihuoltoon kuuluvien tehtäviensä lisäksi velvollinen toimimaan alueellaan muutoinkin sosiaalisten olojen kehittämiseksi ja sosiaalisten epäkohtien poistamiseksi. Sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) 1 ja 2 §:n nojalla sosiaalilautakunnan on sosiaalisten olojen kehittämiseksi sekä sosiaalisten epäkohtien ehkäisemiseksi ja poistamiseksi perehdyttävä elinolosuhteisiin kunnassa ja seurattava niiden kehitystä. Sosiaaliset näkökohdat on otettava huomioon kunnan eri toiminnoissa, kuten terveydenhuollossa, koulutoimessa, maankäytössä ja rakentamisessa, asumisen järjestämisessä, työllistämisessä, kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnoissa sekä liikenne- ja muiden palvelujen järjestämisessä.

Lainsäädäntöä, jossa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen painottuu, ovat esimerkiksi lastensuojelulaki (417/2007), nuorisolaki (72/2006), alkoholilaki (1143/1994), tupakkalaki (693/1976) ja laki ikääntyneen vä-

estön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) ja asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011). Yksityiskohtaisemmin eri väestö- ja asiakasryhmien hyvinvoinnin edistämisestä säädetään näitä ryhmiä koskevissa erityissääntelyssä. Laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta (410/2009) määrittelee minimivaatimukset ympäristöterveydenhuollon järjestämiselle kunnissa. Ympäristöterveydenhuollon järjestämiseksi kunnat ovat muodostaneet ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueita, joiden tehtävänä on toimeenpanna kunnallinen elintarvikelaki, terveydensuojelulaki, kemikaalilaki, tupakkalaki, kuluttajaturvallisuuslaki sekä eläinlääkintähuoltolain mukainen ympäristöterveyshaittojen valvonta.

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja siihen sisältyvä eriarvoisuuden vähentäminen ja terveyserojen kaventaminen ovat kunnan perustehtäviä. Kuntalain ja terveydenhuoltolain mukaan tehtävä kuuluu kunnassa kaikille hallinnonaloille, osana kunkin hallinnonalan omia perustehtäviä. Tehtävät yhteen sovitetaan kuntastrategiassa ja niiden toimeenpanosta ja rahoituksesta päätetään toiminnan ja talouden suunnitelmassa. Kuntien ja kuntayhtymien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen pitkäjänteinen työ tarvitsee kunnassa pysyvät, hallinnonalat ylittävät yhteistyö- ja toimeenpanorakenteet. Ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuuluu kuntajohdolle. Hallinnonalat ylittävää operatiivista johtamista, asioiden valmistelua ja toimeenpanoa varten suositellaan, 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 laatusuositukset, valtioneuvoston periaatepäätökset, oppaat sekä teemakohtaiset ohjelmat, esimerkiksi terveyden edistämisen laatusuositukset, ravitsemusta ja liikuntaa käsittelevät periaatepäätökset ja suositukset, Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma, Alkoholiohjelma, Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen, Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma ja Kansallinen väkivallan vähentämisohjelma (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 (Työryhmän 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 erikoissairaanhoitolaissa. Vastuu terveydenhuollon järjestämisestä kuuluu kunnalle. Terveydenhuoltolaissa (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 kokeiluun osallistuville kunnille sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun ja kansanterveyslain mukaisen kotisairaanhoidon yhdistämisen kotihoidon palvelukokonaisuudeksi, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen sujuvan käytön kotihoidon yksikössä.

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

Erikoissairaanhoito ja sairaanhoitopiirit

Kuntien vastuulla on huolehtia siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoito on kunnalle kuuluva tehtävä, mutta sen toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Ahvenanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu maakunnan lainsäädäntövaltaan. Sen perusteella niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollonkin järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomainen (Ålands hälso- och sjukvård). Kunta voi itse päättää, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua.

Erikoissairaanhoitolaissa on säädetty sairaanhoitopiirin kuntayhtymän jäsenkuntien edustajista ja äänimääristä kuntayhtymän liit-

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

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

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

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on keskussairaala. Näistä viisi on erityistason sairaanhoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita (Helsinki, Turku, Tampere, Oulu ja Kuopio). Sairaanhoitopiiri järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. Sairaanhoitopiirin sairaaloita on käytetty ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden sairaanhoitoon. Poikkeuksena ovat erityistason sairaanhoito ja muut mahdolliset sopimuksenvaraiset järjestelyt. Terveydenhuoltolailla säädetty potilaan mahdollisuus valita hoitopaikkansa erityisvastuualueella sijaitsevista sairaaloista ja vuoden 2014 alusta voimaan tuleva valtakunnallinen valinnanvapaus muuttavat tilannetta.

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

Samaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunnitelmasta on neuvoteltava sairaanhoitopiirin 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 lääkärikoulutusta 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 sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallintoon.

Terveydenhuoltolain mukaan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on järjestettävä

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

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

Lisäksi erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien tulee sopia ensihoitokeskuksen tehtävien hoitamisesta.

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

2.5 Sosiaalihuolto

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

Kunnan on sosiaalihuollon järjestämisvastuunsa perusteella huolehdittava asukkaidensa tarpeista. Kunta on vastuussa siitä, että kunnan asukkaat saavat lailla säädetyt 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, vahingonkorvausvaatimuksensa ja hallintokantelunsa kuntaan, jonka asukas hän on.

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

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

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

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

1) sosiaalityö;
2) kasvatus- ja perheneuvonta;
3) kotipalvelut;
4) asumispalvelut;
5) laitoshuolto;
6) perhehoito;
7) vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta;
8) toimenpiteet elatusavun vahvistamiseksi.

Kunnan on myös sosiaalihuoltolain 17 §:n 2 momentin mukaan huolehdittava lasten ja nuorten huollon, kehitysvammaisten erityishuollon, vammaisuuden perusteella järjestet-

tävien palvelujen ja tukitoimien sekä päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvien palveluiden, lastenvalvojalle säädettyjen tehtävien ja muiden isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen, ottolapsineuvontaan, perheasioiden sovitteluun, lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanossa toimitettavaan sovitteluun kuuluvien toimenpiteiden sekä omaishoidon tuen ja muiden sosiaalipalveluiden järjestämisestä sekä kuntouttavasta työtoiminnasta annetussa laissa (189/2001) säädetyistä tehtävistä sen mukaan kuin niistä lisäksi erikseen säädetään.

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

Kunnanvaltuusto vastaa kuntalain 13 §:n mukaan kunnan toiminnasta ja taloudesta, päättää niihin liittyvistä keskeisistä tavoitteista sekä hyväksyy talousarvion. Sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä huolehtii puolestaan sosiaalihuoltolain 6 §:n mukaan yksi tai useampi kunnan määräämä toimielin. Toimielimen tehtävänä on myös edustaa kuntaa, valvoa sen oikeutta ja käyttää puhevaltaa sosiaalihuollon yksilöllistä toimeenpanoa 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 riippumatonta huoltoa koskevia päätöksiä lukuun ottamatta (*sosiaalihuoltolaki 12 §).*

Toimielimille voidaan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien lisäksi antaa muitakin tehtäviä. Jos kunta järjestää kansanterveystyön 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 kuntainliitossa, jonka tulee järjestää kuntien velvollisuudeksi säädetty erityishuolto, mikäli kehitysvammalain säännöksistä ei muuta johdu. Jos kunnan väestöpohja tai muut erityiset syyt vaativat, voi kunta yksin muodostaa erityishuoltopiirin. Kunnasta on tällöin soveltuvin osin voimassa, mitä erityishuoltopiirin kuntainliitosta on säädetty. Kunnat on jaettu erityishuoltopiireihin erityishuoltopiireistä annetulla valtioneuvoston asetuksella (1045/2008). Erityishuoltopiireihin kuuluvat kunnat ovat jäseninä erityishuoltopiirien kuntainliitossa lukuun ottamatta Helsingin kaupunkia, joka muodostaa valtioneuvoston päätöksen mukaan yksin Helsingin erityishuoltopiirin.

Kaksikieliset ja ruotsinkieliset kunnat ovat lisäksi jäseninä erityishuollon kuntainliitossa, jonka tehtävänä on piirijaosta riippumatta jäsenkuntiensa ruotsinkielisen väestön erityishuollon järjestäminen (kehitysvammalaki 6 § 5 momentti). Ruotsinkielisistä erityishuollon palveluista Manner-Suomessa huolehtii Kårkulla samkommun, jonka jäseninä ovat kaikki kaksikieliset ja ruotsinkieliset kunnat.

Kehitysvammalain 6 §:n 4 momentin mukaan valtioneuvosto voi piirijaosta riippumatta määrätä erityishuollon kokonaan tai osittain yhden tai useamman kuntainliiton järjestettäväksi, jos erityishuolto tai osa siitä sen vaativuuden, siinä tarvittavien erityisten edellytysten taikka muiden vastaavanlaisten

syiden vuoksi on tarkoituksenmukaista järjestää suurempaa kuin yhden erityishuoltopiirin väestömäärää varten. Valtioneuvosto ei ole antanut päätöstä erityishuollon järjestämisen keskittämisestä tietyille erityishuoltopiireille, mutta erityishuoltopiirien kesken on tapahtunut erikoistumista erityishuollon eri osa-alueisiin, kuten psykiatrista hoitoa tarvitsevien, autististen, rikokseen syyllistyneiden tai haastavasti käyttäytyvien alaikäisten kehitysvammaisten erityishuoltoon.

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

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

Erityishuoltoon pyrkimistä koskeva aloite tulee tehdä erityishuoltopiirin kuntainliitolle tai henkilön kotikunnan sosiaalilautakunnalle (kehitysvammalaki 31 § 1 momentti). Käytännössä asiakkaat hakeutuvat kunnan tai erityishuoltopiirin erityishuollon palveluihin yleensä omaisen aloitteesta tai kunnan sosiaali- tai terveydenhuollon viranomaisen ohjaamana.

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

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain 6 §:n mukaisesti erityishuollon palvelut tulee eräiltä osin järjestää sairaanhoitopiirien 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 kuntarakennelaissa (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.

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).

Metropolialueen erityispiirteet

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

Metropolialue poikkeaa muista Suomen kaupunkiseuduista muun muassa väestöpohjan, työssäkäynnin, asioinnin, julkisen talouden, tulevaisuuden haasteiden sekä palvelujen järjestämisen, kansainvälistymisasteen ja kansantaloudellisen merkityksensä osalta. Muilla kaupunkiseudulla keskuskunnan ja sitä ympäröivien kuntien kokoero on suurempi ja yhtenäinen työssäkäynti- ja asiointialue suhteellisen suppea verrattuna metropolialueeseen. Metropolialueella sijaitsee kolme yli 200 000 asukkaan kaupunkia. Uudenmaan maakunnan 26 kunnassa asuu 1,55 miljoona ihmistä, joista noin 1,4 miljoonaa metropolialueen 14 kunnassa.

Väestöennusteiden mukaan 28 prosenttia koko maan väestöstä asuu metropolialueella vuonna 2040. Vuosien 2010 – 2040 välillä alueen väestön on ennustettu kasvavan 24,2 prosenttia koko maan kasvun ollessa noin 12 prosenttia. Metropolialueen asukkaista noin 10 prosenttia on vieraskielisiä ja vieraskielisten määrän ennustetaan kasvavan 18 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Alueella asuu 28 prosenttia (noin 81 000 henkilöä) koko maan ruotsinkielisestä väestöstä. Ruotsinkielisten osuus metropolialueen asukkaista on noin 6 prosenttia.

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

män yksinhuoltajia, päihde- ja mielenterveysongelmaisia sekä enemmän lapsia lastensuojelun piirissä. Asuinalueiden etninen eriytyminen on vahvistunut pääkaupunkiseudulla 2000-luvun kuluessa.

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

Metropolialueen kuntien haasteena on vastata kasvuun ja sen vaatimiin investointeihin. Palvelujen ja rahoituksen paineet kohdistuvat usein uusien peruspalveluiden tarjoamiseen muuttavalle väestölle. Taloudellisesti kunnat ovat vahvoja verrattuna muihin suomalaisiin kuntiin. Metropolialueen erityisyys muihin kaupunkiseutuihin verrattuna perustuu ennen kaikkea sen suureen merkitykseen maan kansantaloudelle. Kaupunkiseuduista 12 suurimman osuus bruttokansantuotteesta on noin 2/3. Helsingin kaupunkiseudun osuus on ylivoimaisesti suurin muihin kaupunkiseutuihin verrattuna: yli 1/3 eli noin 35 prosenttia bruttokansantuotteesta. Helsingin kaupunkiseudun taloudellista merkitystä kuvaa myös se, että siellä sijaitsee 30 prosenttia koko maan työpaikoista.

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

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

Kehitysvammaisten erityishuoltoa varten on Eteva -kuntayhtymä, johon kuuluvat Helsinkiä lukuun ottamatta muut Uudenmaan kunnat. Helsingin kaupunki järjestää erityishuollon palvelut omana toimintanaan. Eteva tuottaa kuntien kanssa sovitun mukaisesti erityisesti vaativampia kehitysvammahuollon palveluja ja muita vammaispalveluja. Lisäksi joillakin yksityisillä säätiöillä ja osalla vammaisjärjestöistä on merkittävää palvelutuotantoa. Ruotsinkielisen väestön osalta Kårkulla samkommun vastaa erityishuollon ja -hoidon järjestämisestä kehitysvammaisille.

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

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

Kuntauudistus

Hallitusohjelman 22.6.2011 mukaan hallitus toteuttaa koko maan laajuisen kuntauudistuksen, jonka tavoitteena on vahvoihin peruskuntiin pohjautuva elinvoimainen kuntarakenne. Vahva peruskunta muodostuu luonnollisesta työssäkäyntialueesta ja on riittävän suuri pystyäkseen itsenäisesti vastaamaan peruspalveluista vaativaa erikoissairaanhoitoa ja vaativia sosiaalihuollon palveluja lukuun ottamatta. Vahva peruskunta kykenee tulokselliseen elinkeinopolitiikkaan ja kehittämistyöhön sekä voi tehokkaasti vastata yhdyskuntarakenteen hajautumiskehitykseen. Kuntauudistuksen tärkein tavoite on julkisten palveluiden turvaaminen myös tulevaisuudessa kaikkialla Suomessa.

Kuntauudistuksen toteuttamiseksi kuntajakolakia (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 kuntarakenneuudistuksen toteuttamiseen liittyvistä kuntarakenneuudistuksen tavoitteista, kuntien selvitysvelvollisuudesta, selvitysperusteista ja niistä poikkeamisesta sekä kuntien yhdistymisen taloudellisesta tuesta.

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

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

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

Selvityksen sisältö ja määräajat

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

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

Kuntarakennelain mukaan kuntien tulee ilmoittaa ministeriölle 30.11.2013 mennessä, minkä kunnan tai kuntien kanssa se selvittää

kuntien yhdistymistä. Selvitysten ja yhdistymisesitysten määräaika päättyy kuusi kuukautta sen jälkeen, kun määräaikasäännöstä koskeva voimaantulolaki on tullut voimaan. Eduskuntakäsittelyssä selvitystä koskeva määräaikasäännös sidottiin tämän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva lain hyväksymiseen eduskunnassa. Lisäksi valtiovarainministeriö voi kunnan hakemuksesta jatkaa edellä mainittua määräaikaa yhdistymisselvityksen laajuuden tai muun erityisen vaativuuden perusteella.

Valtiovarainministeriö myöntää hakemuksesta avustusta kuntien yhdistymisselvityksistä aiheutuviin kustannuksiin.

Kuntaliitosten toteuttaminen

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

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

Henkilöstön asema

Kuntarakennelaissa jatkettiin myös Parasuudistuksessa voimassa ollutta henkilöstön irtisanomissuojaa. Vuosina 2014—2017 voimaan tulevissa kuntajaon muutoksissa 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 perustuslain 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. Kuntalakia 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 vastuu- tai 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 säädetyistä asioista, kuten hallinnon järjestämisen perusteista, talousarvion ja tilinpäätöksen hyväksymisestä ja maksuista. Tämä tarkoittaa, että vastuukunnan valtuustolla on viime kädessä päätösvalta tärkeimmissä palvelujen järjestämistä 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-laissa 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 40/63 (kuntayhtymä/vastuukunta).

Kuntayhtymä

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

Vastuukuntaan ja yhteiseen toimielimeen verrattuna kuntayhtymästä säädetään kuntalaissa huomattavasti enemmän. Laissa on säädetty perussopimuksen vähimmäissisällöstä, toimielimistä, vaalikelpoisuudesta, rahoituksesta, eroamisesta, purkamisesta sekä kuntalain kuntaa koskevien säännöksien 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 kolmannesta jäsenkunnista 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 sovitaan perussopimuksessa. Esimerkiksi sairaanhoitopiireissä on myös hallitus. Yhtymäkokous pidetään vähintään kaksi kertaa vuodessa. Yhtymäkokousedustajan valitsee jäsenkunnan kunnanhallitus tai valtuuston päättämä kunnan muu toimielin.

Kuntalain 81 §:n mukaan muiden kuin ylimmän toimielimen eli yhtymäkokouksen tai valtuuston kokoonpano on kuntayhtymässä 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 jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta maakunnan alueella. Lisäksi jäsenten on oltava jäsenkuntien valtuutettuja ja jokaisella jäsenkunnalla on oltava vähintään yksi edustaja. Maakuntien ylimmän toimielimen kokoonpanoa suhteellisena vaalitulokseen nähden pidettiin tarpeellisena aikanaan erityisesti sen maakuntakaavaa koskevan päätösvallan 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 rahoi-

tuksesta, joita ei muuten saada katetuiksi, vastaavat jäsenkunnat perussopimuksessa sovituilla jako-osuuksilla.

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

Vastuukunta- ja kuntayhtymämalli muussa lainsäädännössä

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

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

Ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annetun laissa (410/2009) säädetään palvelujen järjestämisen edellyttämästä henkilöstömäärästä, yhteistoimintavelvoitteesta henkilöstömäärän täyttämisessä 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 päivähoito pois lukien sekä toisen asteen koulutuspalveluista. Vaalan kunta ei kuulunut hallintokokeiluun. Asukkaita järjestämisvastuualueella oli noin 83 000. Hallintokokeilun keskeisenä syynä oli alueen epäsuotuisa väestö- ja työllisyyskehitys. Sosiaali- ja terveyspalvelut integroitiin lähes täysin ja organisoitiin uudelleen elämänkaariajattelun mukaisesti. Palvelut ryhmiteltiin lähipalveluihin ja seudullisiin sekä keskitettyihin palveluihin siten, että päivittäispalvelut järjestettiin lähipalveluina ja kalliit sekä erikoisosaamista vaativat palvelut keskitettyinä ja seudullisina. Päätäntävalta 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 yhdenmu-

kaistamista. Muun muassa potilas- ja asiakastietojärjestelmät sekä arviointi- ja hoitoonpääsykriteerit yhdenmukaistettiin. Alueellisesti jaetut kehittämisrahat yhdistettiin ja tutkimus- ja kehittämistoiminnan yhteistyötä vahvistettiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on koettu erittäin hyväksi käytännöksi, 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 erikoissairaanhoidon palveluista. Perhepalveluissa panostettiin ennaltaehkäiseviin palveluihin, mikä lisäsi asiakasmääriä. Monien palvelujen alueellisia toimintakäytäntöjä yhtenäistettiin. 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. Ympärivuorokautisen hoivan suhteellista osuutta saatiin pienennettyä.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus

Kunta-ja palvelurakenneuudistus eli Parasuudistus käynnistyi toukokuussa 2005, kun sisäasiainministeriö asetti kunta- ja palvelurakenneuudistushankkeen. Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta (169/20017) eli Paras-puitelaki tuli voimaan keväällä 2007.

Lain keskeinen velvoite kunnille on perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen järjesätmiselle säädetty vähintään noi 20 000 asukkaan väestöpohja. Kunnat saivat valita täyttävätkö ne väestöpohjavaatimuksen kuntaliitoksella vai perustamalla yhteistoiminta-alueen. Paras-puitelaki sisälsi säännökset, joiden mukaan väestöpohjavelvoitteesta oli mahdolista 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.

Paras-uudistuksessa merkittävimmät rakennemuutokset tapahtuivat vuonna 2009, jolloin suuri määrä kuntia yhdistyi. Tuolloin myös suuri osa yhteistoiminta-alueista käynnisti toimintansa.Seuraavassa kuvataan esimerkkinä eräitä paras-uudistuksen 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 kun-

taliitoksen 1.1.2013 (Mikkeli, Suomenniemi ja Ristiina). Vuoden 2012 lopussa alueella oli noin 73 000 asukasta. Luku sisältää Puumalan (2 400 as), joka ei ole mukana yhteistoimintasopimuksessa vaan ostaa terveyspalvelut Mikkeliltä.

Mikkelin seutusoten muodostamista edelsi useita selvitys- ja suunnitteluvaiheita aina Paras -uudistuksen alusta lähtien. Mikkeli on mukana myös aluemallikokeilussa. Vuoden 2012 alusta voimassa olleen yhteistoimintasopimuksen mukaan palvelujen järjestämisestä vastaa Mikkelin kaupunki, jonka hallintoon perustettiin sopijapuolten yhteisenä toimielimenä toimiva seudullinen sosiaali- ja 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 tuottajaorgaanin rakenne, vaan palvelutuotanto on edelleen jaettu alueittain ja henkilöstö on kuntien palveluksessa. Seutusote on kuitenkin yhtenäistänyt alueellaan palveluiden saannin kriteerit, palvelutasot, palveluiden saatavuuden ja palveluiden kustannukset. Palveluissa on muodostettu koko yhteistoiminta-alueen kattavia palvelukuvauksia ja käsikirjoja, mikä on tuottanut henkilöstölle verkostoitumisen ja yhteistyön mahdollisuuden. Kokemukset yhteistyöstä ovat olleet myönteisiä ja innostavia. Palvelujen laadun koetaan kehittyneen, kun yhteistyöllä on voitu koota asiantuntemusta.

Yksi merkittävimpiä uudistuksia alueella on ollut 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 2000 asukkaasta Ulvilan 13 000 asukkaaseen. Muut eri vaiheissa mukana olleet kunnat ovat alle 5000 asukkaan kuntia. Kokoluokan ero sekä vastuukunta-kumppanikunta-asetelmat ovat olleet omiaan luomaan tyytymättömyyttä ja epäluottamusta järjestäjän kykyyn ja tahtoon vastata kumppanikuntien palvelutarpeisiin.

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

Yhdistäessään alueellisia näkökohtia asiakkaiden palvelujen tarpeeseen Porin perusturva on muodostanut syksystä 2012 alkaen niin sanottuja lähipalvelukeskuksia eri alueille. Näissä lähipalvelukeskuksissa yhdistetään eri palveluja ja tuodaan palvelutarjonta lähemmäs alueen asukkaita. Lähipalvelukeskustoimintaan liittyy palvelurakenteen ja palvelupisteiden muutoksia sekä uudenlaista

osaamisen käyttöä, esimerkiksi lääkärin tuki kotihoidon yksiköille ja aiempaa kattavammat kotiin viedyt palvelut.

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

Osa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kunnista kuuluu Hollolan kunnan organisaatioon kuuluvaan Peruspalvelukeskus Oiva -liikelaitokseen. Peruspalvelukeskus Aava on kuntayhtymä, jonka kotipaikka on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän mukaisesti Lahti. Näin Aava on peruspalvelujen järjestämisvastuinen toimija, joka ei sijaitse missään siihen kuuluvassa kunnassa.

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

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

Vuodesta 2009 toiminut *Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri Eksote* on kaikkien yhdeksän Etelä-Karjalan kunnan (Imatra, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Savitaipale ja Taipalsaari) muodostama kuntayhtymä. Imatran osalta kuntayhtymä tuottaa vain erikoissairaanhoidon 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 suuruuden ekonomiaan liittyviä hyötyjä. Alueen kuntien tietojärjestelmät on integroitu yhteen. Vuoden 2014 alusta alueen esimiestason määrä on 74 henkilötyövuotta pienempi kuin vuoden 2013 alusta. Pitkäaikaisten vuodeosastopaikkojen määrää on vähennetty vuodesta 2010 alkaen merkittävästi ja samalla kotiin annettavia palveluja on vahvistettu. Kotipalvelun toimintakäytäntöjä on optimoitu ja automatisoitu. Päällekkäiset investoinnit on karsittu. Kaikkien näiden toimintojen arvioidaan tuottaneen noin miljoonan euron säästöt laitoshoidossa.

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

Positiivisesta kehityksestä huolimatta Eksoten talous on ollut alijäämäinen. Eksotesta tehdyn ulkoisen arviointiraportin (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri, Talouden ja hallinnon rakenteiden arviointi, Loppuraportti 30.4.2013, Nordic Healthcare Group:) mukaan Eksoten alijäämäisyys johtui alibudjetoinnista, kysynnän kasvusta ja käyttämättä

jääneestä tuottavuudenkasvupotentiaalista. Raportin mukaan sopiminen kuntayhtymässä on osoittautunut haastavaksi. Hallintomalliksi ehdotetaan vastuukuntamallia, jossa vastuukunnan ja muiden kuntien taloudelliset intressit eivät ole ristiriidassa.

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 hoitojaksot Eksoten keskussairaalassa ovat keskimäärin hieman pidempiä kuin muiden kuntien asukkaiden hoitojaksot. Imatran sosiaali- ja terveyspalvelukustannukset ovat kasvaneet nopeimmin muihin alueen kuntiin verrattuna. Raportissa suositellaan maakuntaan yhtenäistä ja kaikkien kuntien kanssa yhdenmukaisesti sovittua sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen piiriä.

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

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 kynnysarvon ylittävät julkiset hankinnat on avattu kilpailulle. Uudessa hankintadirektiivissä on uusi liite, jossa on lueteltu joitain palveluita, joissa tullaan noudattamaan korkeampaa kynnysarvoa (750 000 euroa). Tässä hankintaryhmässä, johon myös sosiaali- ja terveydenhoitoon liittyvät palveluhankinnat kuuluvat, on kevyemmät menettelyt kuin muissa hankinnoissa, mutta kilpailutus pitää tehdä kuitenkin EU:n laajuisesti. Uusi hankintadirektiivi tuo siis sosiaali-

ja terveydenhoitoon liittyvät palveluhankinnat kilpailutuksen piiriin.

Hankintalainsäädännön soveltamisen lähtökohtana on vastikkeellinen hankintasopimus. Hankintalainsäädäntö edellyttää julkisyhteisöitä 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 puututa hankintayksiköiden oikeuteen tuottaa itse vastuullaan olevat palvelut. Hankintaa ei tarvitse kilpailuttaa silloin, kun hankintaviranomainen on organisoinut oman palveluyksikkönsä 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 soveltamisalan ulkopuolelle, eikä niitä katsota hankintasopimuksiksi. 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 mukainen yhteistyöjärjestely.

Lainsäädännön nojalla rajattua viranomaistoimintaa 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 kunnalle ja kuntayhtymälle, koska näissä toimenpiteissä ei ole olemassa markkinoita.

2.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja kuntien välinen kustannustenjako

Rahoitus

Käyttökustannukset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen lähtökohtana Suomessa on, että palvelut kuuluvat julkisen vallan järjestämisvastuulle, palvelujen tulee olla kaikkien saatavilla ja ne kustannetaan pääosin verovaroin. Verorahoitteisen 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 terveyspalvelujärjestelmän rahoitus on muun muassa valtionosuusjärjestelmän kautta myös erittäin merkittävä osa valtiontaloutta.

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

Kunnille maksetaan valtionosuutta sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain (1704/2009) mukaisesti. Koko maan tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus osana peruspalvelujen valtionosuutta on noin 31 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveystoimen menoista. Valtionosuusjärjestelmä tasaa kuntien palveluiden järjestämisessä olevia kustannuseroja, ja valtionosuusjärjestelmään liittyvällä verotuloihin perustuvalla valtionosuuden tasausjärjestelmällä tasataan kuntien tulopohjissa olevia eroja, jotta kunnat pystyvät rahoittamaan peruspalvelunsa.

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

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

Investoinnit

Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät vastaavats itse investointien rahoituksesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain perusteella kunnille ja kuntayhtymille voidaan suorittaa valtionavustusta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi tarpeellisiin perustamishankkeisiin, jos hanke on välttämätön ja sen kokonaiskustannukset ovat vähintään 300 000 euroa. Valtionavustuksen osuus hankkeen kokonaiskustannuksista määräytyy kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain perusteella. Valtionavustuksen saaminen edellyttää lisäksi, että valtion talousarviossa on määräraha avustuksen myöntämiseen. Käytännössä valtionavustuksia 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 sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, jossa on yliopistollinen sairaala, korvataan valtion varoista kustannuksia, jotka aiheutuvat lääkärien ja hammaslääkärien perus- ja erikoistumiskoulutuksesta. Peruskoulutuksen korvaus laske-

taan 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 koulutuskuukausien 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

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

Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on perustettava alueelleen yliopistotasoisen 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 yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen rahoituksen jakamisesta erityisvastuualueille seuraavana nelivuotiskautena.

Kuntien kehittämishankkeille myönnettävä valtionavustus

Sosiaali- ja terveysministeriö voi myöntää kunnalle tai kuntayhtymälle hankeavustusta jäljempänä kohdassa 2. 9.2 tarkemmin käsiteltävän Kaste- ohjelman toteuttamiseksi valtion talousarvioon otetun määrärahan rajoissa. Valtionavustusta myönnetään enintään 75 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista. Hankerahoitukseen on käytettävissä yhteensä noin 70 miljoonaa euroa vuosina 2012 - 2015. Tarkempia säännöksiä valtionavustuksen jakamisen perusteista, valtionavustuksen hakemisesta, myöntämisestä ja maksamisesta, sekä valtionavustuksen käytön seurannasta, arvioinnista ja valvonnasta on annettu sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustuksista annetulla valtioneuvoston asetuksella (183/2012).

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

Hankkeiden arvioinnissa otetaan huomioon myös alueelliset kehittämistarpeet. Aluejohtoryhmät 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 kiinteistön tai arvopapereita apporttina toiseen osakeyhtiöön. Tästä verovelvollisuudesta on säädetty määräaikaisia poikkeuksia varainsiirtoverolain 43 a-c §:ssä.

Varainsiirtoverolain 43 b § (171/2007) säädettiin kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain (169/2007, jäljempänä puitelaki) yhteydessä. Varainsiirtoverolain 43 b §:ssä säädetään määräaikaisesta verovapaudesta kuntien rakennejärjestelyissä. Säännöksen mukaan kunta, kuntayhtymä tai niiden omistama kiinteistöosakeyhtiö on voinut tietyin edellytyksin vuosina 2007–2012 luovuttaa verotta puitelaissa tarkoitettujen velvoitteiden toteuttamiseksi omistamansa kiinteistön tai kiinteistöosakeyhtiön osakkeita apporttina yhden tai useamman kunnan tai kuntayhtymän omistamalle kiinteistöosakeyhtiölle. 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 rakennejärjestelyjen 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 järjestämisvastuu

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

Terveydenhuoltolain 37 §:n mukaan terveyskeskuksen on huolehdittava asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Kunnan on osoitettava tähän riittävät voimavarat. Terveyskeskuksen on toimittava yhteistyössä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön sekä muiden terveyskeskusten kanssa. Terveyskeskuksen on osallistuttava yhdessä 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 asukasluku ja pinta-ala. Osaamiskeskukset rahoittavat toimintaansa lisäksi niillä maksuilla, joita ne saavat myymistään asiantuntijapalveluista.

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

Perusterveydenhuollon kehittämisyksiköt

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 osaamiskeskuksen kanssa.

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on terveydenhuoltolain 36 §:n mukaan tarjottava asiantuntemusta ja tukea kunnille järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja sekä levittämällä kuntien käyttöön sairauksien ja ongelmien 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 (733/1992) 5 a §:ssä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnasta ja alueellisista johtoryhmistä annetussa asetuksessa (913/2011).

Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnan tehtävänä on koota sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset tavoitteet, huolehtia niiden toimeenpanosta, sekä toteuttaa valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden yhteistoimintaa. Kaste-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 erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 9 §:ssä tarkoitettuja erityisvastuualueita. Aluejohtoryhmien tehtävänä on tukea alueellaan kansallisen kehittämisohjelman valmistelua sekä edistää ja seurata osaltaan ohjelman toteutumista. Johtoryhmät muun muassa laativat Kaste-ohjelman alueelliset toimeenpanosuunnitelmat, ja tekevät neuvottelukunnalle esityksiä toimenpiteistä, joilla voidaan edistää Kaste-ohjelman toimeenpanoa.

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

2.10 Opetus-, koulutus- ja tutkimustoiminta

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

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

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön täydennyskoulutuksesta säädetään terveyden-

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

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

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

2.11 Ohjaus ja valvonta

Sosiaali- ja terveysministeriö

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

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

Viraston tehtävänä on huolehtia terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa, kansanterveyslaissa, työterveyshuoltolaissa (1383/2001), erikoissairaanhoitolaissa, terveydenhuoltolaissa, mielenterveyslaissa, yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa, tartuntatautilaissa, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007), sähköisestä lääkemääräyksestä annetussa laissa (61/2007), sosiaalihuoltolaissa, yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa (922/2011), kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa, 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 keskeyttämistä, steriloimista, hedelmöityshoitoja, adoptiota, ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellistä käyttöä sekä lääketieteellistä tutkimusta koskevassa lainsäädännössä sille säädetyistä tehtävistä sekä muussa laissa tai asetuksessa sille säädetyistä tehtävistä. Virasto hoitaa lisäksi ne edellä tarkoitetun lainsäädännön nojalla sen toimialaan liittyvät tehtävät, jotka sosiaali- ja terveysministeriö sille määrää.

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

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

Valviran ja aluehallintovirastojen työnjako ja toimivaltuudet ohjauksessa ja valvonnassa

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

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon toimintayksiköiden valvonnalla tarkoitetaan lainsäädännössä määriteltyjen organisaatioiden asiakkaille tai potilaille järjestämän tai tuottaman sosiaalihuollon tai terveyden- ja sairaanhoidon valvontaa. Valvonta on luonteeltaan laillisuusvalvontaa ja sen ensisijainen tarkoitus on turvata, että toiminta täyttää lainsäädännössä asetetut vaatimukset. Sosiaa-

li- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisten suorittama valvonta on myös luonteeltaan organisaatioiden oman valvonnan toteutumista varmistavaa ja sitä edistävää. Organisaatio johtaa toimintaansa ja sillä itsellään on aina ensisijainen vastuu seurata ja valvoa vastuullaan olevaa toimintaa. Valvonta edistää myös kyseisessä organisaatiossa toimivien terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa.

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

Aluehallintovirastojen ja Valviran organisaatiovalvonta voi käytännössä kohdistua esimerkiksi siihen, onko organisaatiolla riittävät laadunhallintaa sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta varmistavat suunnitelmat ja toimintaohjeet, tai toisaalta siihen, ovatko annetut menettelytapa- ja toimintaohjeet lainsäädännössä asetetut vaatimukset täyttäviä. Valvonta voi kohdistua myös muun muassa organisaation 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 ammattipätevyyden varmistamiseen ja työnjakoon liittyviin kysymyksiin.

Valvonnan keinot ja seuraamukset

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

Silloin kun toiminnan järjestämisessä tai toteuttamisessa havaitaan asiakas- tai potilasturvallisuutta vaarantavia puutteita tai muita epäkohtia taikka toiminta on sitä koskevan lainsäädännön vastaista, Valvira tai aluehallintovirasto voi antaa määräyksen puutteiden korjaamisesta tai epäkohtien poistamisesta. Tällaisen määräyksen noudattamiseksi voidaan asettaa sakon uhka tai uhka, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään. Toiminta voidaan myös määrätä keskeytettäväksi välittömästi taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kieltää välittömästi, jos potilasturvallisuus sitä edellyttää. Yksityiselle sosiaalipalvelun tai terveydenhuollon palvelun tuottajalle myönnetty lupa voidaan myös peruuttaa osittain tai kokonaan, jos toiminnassa on olennaisesti rikottu lakia. Valvira tai aluehallintovirasto voi 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 selvitettäväkseen myös omasta aloitteestaan.

Kanteluiden osalta valvontaa koskeviin lakeihin sisältyvät säännökset, joiden mukaan Valvira ja aluehallintovirasto eivät tutki kantelua, joka koskee yli viisi vuotta vanhaa asiaa, ellei siihen ole erityistä syytä. Hallintolain muuttamiseksi tehdyssä esityksessä (HE 50/2013 vp) aikarajaksi on esitetty 2 vuotta.

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

2.12 Pohjoismaiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät

Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmät muutoksessa

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

Terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta oli OECD:n raportoimien vuoden 2011 lukujen mukaan Tanskassa 10,9 %, Norjassa 9,3 %, Ruotsissa 9,5 % ja Suomessa 9,0 %. Terveyden-huollon kokonaiskustannuksista katettiin julkisin varoin Tanskassa 85,3 %, Norjassa 84,9 % ja Ruotsissa 81,6 %. Vastaava julkisen rahoituksen osuus oli Suomessa vertailumaita pienempi, 75,4 %.

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

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

Terveydenhuollon järjestämisvastuu on Pohjoismaissa perinteisesti ollut samoissa käsissä kuin vastuu palveluiden rahoituksesta ja suuri osa palvelutuotantoa. Suomessa pääasiallinen järjestämisvastuu on kunnilla ja Ruotsissa 20 maakäräjäalueella (landsting) tai näiden yhteenliittymällä (regioner). Tanskan rakenneuudistuksessa vuosina 2005–2007 terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi 14 maakunnalta (amter) viidelle uudelle alueelliselle toimijalle (regioner). Rahoitusvastuu on eriytetty pääasiassa valtiolle, mutta pienemmässä määrin myös kunnille. Norjan perusterveydenhuollon uudistuksen (2001) ja sairaalauudistuksen (2002) seurauksena terveydenhuollon järjestämisvastuu on jaettu valtion ja kuntien kesken. Valtio rahoittaa ja järjestää erikoissairaanhoidon palvelut neljän alueellisen toimijan (Regionale Helseforetak) kautta. Kunnilla on perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu. Näiden palveluiden rahoitus on jaettu kuntien ja valtion kesken.

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

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

Taulukko 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu Pohjoismaissa.

Pohjoismaisessa vertailussa terveydenhuollon järjestämisvastuu on Suomessa hajautettu poikkeuksellisen monelle pienelle toimijalle. Tämä koskee erityisesti erikoissairaanhoidon 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 erikoissairaanhoidosta ja psykiatrisesta sairaanhoidosta. Alueet huolehtivat myös aikuisten hammashoidosta ja fysioterapiasta. Kuntien tehtäviin kuuluu ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, koulu-terveydenhuolto 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 käynnistyikin 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 alkusyksyllä 2013.

Tanskassa on tehty myös näkyviä erikoissairaanhoidon uudistuspäätöksiä. Erityistä osaamista vaativat toiminnot on päätetty keskittää kansallisesti harvempiin ja suurempiin yksiköihin. Valtio on varannut huomattavan määrärahan (noin 5,4 mrd EUR) vanhojen sairaaloiden muuttamiseksi moderneiksi niin sanotuksi supersairaaloiksi. 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 päämääriksi määriteltiin lääkäripalvelujen parempi ja tasaisempi laatu, saatavuus ja jatkuvuus sekä potilaan valinnanvapauden lisääminen ja aseman vahvistaminen. Maan lääkäriresurssien tarkoituksenmukaisempi käyttö mainittiin myös eräänä keskeisenä päämääränä. Norjan kunnat saivat velvollisuudekseen järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Aiemmin lääkärit olivat olleet julkisen työnantajan, läänin (fylken) palveluksessa, mutta siirtyivät uudistuksen myötä ammatinharjoittajiksi.

Vuoden 2002 sairaalauudistuksessa somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon rahoitus- ja järjestämisvastuu siirtyi Norjan lääneiltä (fylken) valtiolle. Uudistuksen yhteydessä Norja jaettiin viiteen – sittemmin vuonna 2007 neljään – alueeseen, joilla vastuuta kantavat valtion alueelliset toimijat (Regionale Helseforetak). Nämä ovat vastuussa siitä, että kunkin alueen väestö saa tarvitsemansa erikoissairaanhoidon palvelut. Sairaalat ovat alueellisten toimijoiden ”tytäryhtiöitä” (Lokale Helseforetak), joihin 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 ohjausdokumentein 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 alueelliset erot entisten 19 läänin välillä pienenivät uusien alueiden rajojen sisällä, mutta eivät tasoittuneet yhtä olennaisesti alueiden välillä. Syntyneessä kaksitahoisessa järjestelmässä, jossa valtio järjestää erikoissairaanhoidon ja kunnat perusterveydenhuollon,

havaittiin vähitellen ongelmia. Tämän seurauksena lähdettiin valmistelemaan seuraavaa lainsäädäntöpohjaista uudistusta, yhteistoimintareformia (Samhandlingsreform), joka tuli voimaan vuoden 2012 alusta.

Ruotsi

Ruotsin terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjällä tai niihin verrannollisella alueella, joiden väestöpohja vaihtelee vajaan 200 000 ja 2 000 000 asukkaan välillä. Lisäksi palveluiden järjestäjänä toimii Gotlannin kunta (asukasmäärä 57 000). 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 alueensa terveydenhuollon järjestämisestä. Toimintakuluista yli 90 prosenttia menee terveydenhuollon kustannuksiin. Toiminta rahoitetaan maakäräjäverolla, valtion avustuksilla sekä pienessä määrin asiakasmaksuilla. Maakäräjille maksetuista valtionavustuksista osa on väestöpohjaan suhteutettua ja kapitaatioperusteista, suurin yksittäinen avustussumma perustuu lääkekustannusten korvauksiin. Viime vuosina valtionosuuksista kasvava osa on määritelty suoriteperusteiseksi, mikä heijastelee valtion lisääntynyttä 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 korvausmenettelyjen 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 riittävyydestä sekä aktiivinen seuranta. Tukholman alueella 30 prosenttia toiminnasta on ulkopuolisen tahon vastuulla, ja terveyskeskuksista lähes 60 prosenttia on yksityisiä. Potilaiden valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen valikoimaa pyritään laajentamaan yhä useammille hoidon alueille. Hoitoa tarjoavien tahojen hyväksymismenettely (auktorisointi) perustui aluksi suhteellisen yksinkertaisiin kriteereihin, mutta etenkin laatuvaatimuksia on jatkuvasti tarkennettu.

Ruotsin terveyspolitiikan keskiössä on viime vuosina ollut vuoden 2010 alusta lakisääteisesti voimaan tullut perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistus. Valinnanvapauslainsäädäntö edellyttää, että maakäräjäalueet hyväksyvät perusterveydenhuollon tuottajat

neutraalilla hyväksymismenettelyllä, jonka jälkeen potilaat voivat valita palvelujen tuottajista itselleen sopivimman. Raha seuraa potilasta hänen valitsemalleen tuottajalle, ja korvaukset ovat kaikille tuottajille samat. Lainsäädäntö mahdollistaa vastaavien valinnanvapausjärjestelmien käytön myös erikoissairaanhoidossa ja sosiaalipalveluissa, mutta näissä menettely ei ole pakollista.

Palveluiden integraation ongelmat

Jokaisella pohjoismaisella rahoitus- ja järjestämismallilla on omat integraatioongelmansa – joko erikoissairaanhoidon 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 erikoissairaanhoidon 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 erikoissairaanhoidon suuntaan. Yhteistoiminnan pohjaksi kuntien ja alueellisten toimijoiden tuli tehdä erityiset yhteistyösopimukset. Kunnille annettiin uudistuksessa myös valtion lisärahoitusta ja samalla osarahoitusvastuu erikoissairaanhoidon käytöstä. Uudistuksen varhaiset seurantatulokset olivat lupaavia. Vaikka sairaalasta kotiutuksen viivästysmaksujärjestelmä valmistui myöhässä, kotiutusta odottavien potilaiden määrä laski puolessa vuodessa lähes puoleen. Uudistusta seurataan nyt Norjan Tiedeneuvoston tutkimusohjelmassa.

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

Perusterveydenhuollon osalta suurta keskustelua on herättänyt ammatinharjoittajalääkäreihin kohdistuvat sopimusmenettelyt ja niiden ehdot. Alueiden kanssa sopimussuhteessa olleita ammatinharjoittajia on pyritty käyttämään myös (kuntien) terveyden edistämisessä, kuntoutuksessa ja vanhustenhoidossa. Toiminnan ehdoista ja korvauksista on jouduttu pitkään etsimään yksimielisyyttä.

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän mahdollinen vahvuus on siinä, että sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut ovat saman päämiehen, maakäräjien, rahoitus- ja järjestämisvastuulla. Ruotsin järjestelmäratkaisujen heikkoudeksi taas voidaan lukea palveluiden puutteellinen integraatio kuntien vastuulla olevan sosiaalitoimen ja maakäräjien terveydenhuollon välillä. Tämä on suoraa seurausta siitä, että rahoitus- ja järjestämisvastuu ovat eri päämiehillä – kunnilla ja maakäräjillä. Integraatioongelmat 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 ohja-

uksella. Esimerkkejä valtion ohjauksen vahvistumisesta ovat kansalliset toimintasuunnitelmat ja -ohjeet sekä hoitoprosessien ja saavutettujen hoitotulosten avoimet tilastovertailut (benchmarking) maakäräjäalueiden ja sairaaloiden välillä. Valtio myös tukee ja ohjaa maakäräjien toimintaa erilaisin korvamerkityin valtionavuin (”stimulanspengar”). Valtio on osoittanut kohdennettuja varoja hoitojonojen purkuun, kirjoitettujen sairaslomien vähentämiseen, vanhustenhuoltoon ja kuntoutukseen. Myös potilasturvallisuuden edistämiseksi jaetaan suoriteperusteista lisärahoitusta. Järjestelmän kehittämisen ja ohjaamisen sekä kansalaisten aseman vahvistamisen katsotaan edellyttävän kattavaa kansallista vertailutietoa palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta. Tämän pohjaksi Ruotsissa on 1970-luvulta lähtien kehitetty järjestelmällistä hoidon laadun seurantaa kansallisten laaturekisterien tuella. Tällä hetkellä maassa toimii noin sata eri potilasryhmien hoidon seurantaan tarkoitettua rekisteriä. Keskeisessä asemassa rekisterien kehittämisessä ovat olleet maan erikoislääkäriyhdistykset.

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

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

Valtio on puuttunut sosiaali- ja terveydenhuollon 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 perustehtävänsä 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 toiminnasta omaksi laitoksekseen (Inspektionen för vård och omsorg, IVO).

Myös Tanskassa seuranta-, arviointi- ja raportointijärjestelmien kehittäminen on nähty tarpeelliseksi kansallisen kehittämisen ja ohjauksen näkökulmasta. Vastuu terveyspalve-

lujen 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 laatujärjestelmästä (Den Danske Kvalitesmodel) ja määrittelee laatukriteerejä ja -standardeja akkreditoinnin pohjaksi.

Terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden kansallista seurantaa ja ohjausta on kehitetty myös Norjassa. Kansallinen laaturekisteritoiminta ei ole yhtä pitkällä kuin Tanskassa ja Ruotsissa, mutta kymmenen viime vuoden aikana toimintansa on aloittanut kymmenkunta rekisteriä. Uusien rekisterien perustamista ja olemassa olevien tietojen hyödyntämistä varten Tromssassa sijaitseva rekisterikeskus, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE, sai vuonna 2009 tehtäväkseen koordinoida laaturekisteritoimintaa. Valtio on jo aiemmin investoinut informaatio-ohjaukseen vuonna 2004 toimintansa aloittaneen kansallisen osaamiskeskuksen (Nasjonalt Kunnsskapssenter 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. Vastaavasti 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 osaoptimointi 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. Työterveyshuollon kehittyminen lisää palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta työssä käyvälle väestölle ja lisää näin työssä käyvien ja työelämän ulkopuolella olevien eroja mahdollisuuksissa käyttää palveluja. Suomessa on myös kuntia laajempia maantieteellisiä alueita, joiden on vaikea saada palvelujaan rahoitettua ja järjestettyä.

Pirstaleinen organisaatiokenttä vaikeuttaa johtamista. Pääsääntöisesti puitetyyppiseen normiohjaukseen ja 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 oike-

uksiin 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 järjestämisrakenteen osalta on ollut pitkään sekava ja käytännössä kunta- ja palvelurakenneuudistusta sääntelevä puitelaki näyttää muuttaneen tilannetta entistä hajanaisemmaksi erityisesti sosiaalihuollon kannalta. Sosiaalihuollon keskeisten palvelujen järjestäminen on ollut perinteisesti yksittäisten kuntien vastuulla. Kuntien välinen yhteistyö palvelujen järjestämisessä on ollut vähäistä ja yhteistyörakenteet esimerkiksi erityispalvelujen järjestämisessä kapeaalaisia. Puitelain muutoksella (268/2010) selkiytettiin sosiaalihuollon tehtävien asemaa uudistuksessa velvoittamalla kunnat järjestämään palvelut väestöpohjavelvoitteet 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 erityisesti terveydenhuollossa. Lisäksi kunnilla on ollut käytettävissään etupäässä oman sairaanhoitopiirin palvelutarjonta, mikä myös on estänyt halua uudistaa palvelurakenteita. Puitelaki on osaltaan tukenut myös uusien varsin keinotekoisten ja hajanaisten, usein sairaanhoitopiirivetoisten ratkaisujen syntymistä, joissa sosiaalihuolto on usein varsin rajattuna yhteistyökumppanina mukana. Puitelailla luotavat palvelujen järjestäjät ovat lisäksi edelleen varsin pieniä. Lisäksi Paras-hanke jättää puitelaissa olevien poikkeusperusteiden myötä uudistuksen ulkopuolelle osan sellaisista kunnista, joilla on vaikeuksia turvata sosiaali- ja terveyspalveluja kuntalaisilleen.

Peruspalvelujen tila joillain alueilla on korkeintaan tyydyttävä. Esimerkiksi hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa on epätyydyttävällä 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 sairaalapalveluissa, erityisesti erikoissairaanhoidossa on kasvanut selvästi. Myös erikoissairaanhoitoon 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 31,4 prosenttia vuonna 2012. Vastaavasti terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotteeseen vuonna 2011 oli 9,0 prosenttia, mikä on hieman alle OECD -maiden keskitason. Erityisesti erikoissairaanhoidon tuottavuus on kansainvälisesti vertailtuna huippuluokkaa.

Myös väestö on ollut sosiaali- ja terveydenhuoltoon melko tyytyväinen. Kansalaisista julkisia palveluja pitää tärkeinä lähes 90 %, sosiaalipalveluja 79 % ja kahden kolmasosan mielestä julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat varsin hyvin. (Kansalaisbarometri 2009). Perheneuvoloissa ja työhallinnon ja kuntien työvoiman palvelukeskuksissa asiakkaat arvostavat palveluiden saamista yhdestä toimipisteestä niin, että asiointi oli helppoa. Terveyspalvelujen 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 levittämistä. 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 vähenevän, 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.

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

Rahoitus

Kansantalouden heikot kasvunäkymät ja valtiontalouden 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 terveyssektorilla. 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 tasaarvoisuus 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 kehittämisohjelman alueellisten johtoryhmien ohella kansallisen kehittämisohjelman 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 kehittämisyksiköiden kanssa.

THL toteutti perusterveydenhuollon kehittämistoiminnan kartoituksen vuosina 2008–2009. Selvityksessä (Simo Kokko, Eija Peltonen & Virpi Honkanen: Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja, Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä, THL; Avauksia 13/2009.) todetaan, että perusterveydenhuollon kehittämistoiminnassa on syntynyt jo 2000-luvun aikana useanlaisia toimijoita ja verkostoja, jotka on syytä ottaa kehittämistoiminnan olemassa olevina tai kehittyvinä rakenteina huomioon. Näitä ovat Rohto-keskuksen verkosto, yliopistojen yleislääketieteen laitokset ja osassa sairaanhoitopiirejä toimivat perusterveydenhuollon tai yleislääketieteen yksiköt, ammattikorkeakoulut, Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksen koordinoima Akateeminen terveyskeskus -verkosto, suurimpien kaupunkien omat kehittämisyksiköt sekä sosiaali- ja terveyspiireiksi luokiteltavat palveluorganisaatiot (Päijät-Häme, Itä-Savo, Etelä-Karjala ja Kainuu). Selvityksessä todettiin, että perusterveydenhuollon alueelta ei puutu kehittämistoimijoita. Toimijat ovat osaksi alueellisesti verkottuneita, 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 palvelurakenneuudistuksen 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 kehittämisohjelman 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 alueel-

listen toimijoiden välistä yhteistyötä. Kaste-ohjelma on luonut täysin uudenlaisia kehittämis- 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. Aluejohtoryhmistä on muodostunut erittäin tärkeä sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen kehittämistoiminnan veturi. Yhteistyö aluejohtoryhmien ja valtakunnan tason toimijoiden välillä on toiminut hyvin ja yhteydet ovat kiinteitä.

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

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

Opetus- ja tutkimustoiminta

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

STM on käynnistänyt hallitusohjelman mukaisesti selvitystyön koko sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden yliopistotasoista, pääsääntöisesti tutkintojen jälkeisten koulutusten korvaamisesta. Tämän lisäksi selvitetään EVO-rahoituksen asema sosiaalisektorin yliopistotasoisen tutkimuksen kehittämisessä. Yliopistotasoisen 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 linjauksene, jonka mukaisesti suomalaisten keskeiset hyvinvointipalvelut turvataan toteuttamalla perusteellinen sosiaali- ja terveyspalveluuudistus. 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 myöstä. 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 kuntalaisten oikeus lähipalveluihin.

Palvelurakenneuudistuksen 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 perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kurjistumiseen. Uudistuksen eräs keskeinen tavoite onkin peruspalvelujen vahvistaminen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kokoaminen laajasti samaan vastuuorganisaatioon saman johdon ja yhteisen budjetoinnin alle ohjaa rakenneratkaisuna siihen, että vastuunkantajalla on vahva peruste kehittää palvelukokonaisuuden kaikkia osia sekä toiminnallisesti että resursoinnin osalta tasapuolisesti.

Integroidun palvelurakenteen tavoitteena on lisäksi mahdollistaa käytössä olevien voimavarojen vaikuttava ja kustannustehokas hyödyntäminen. Julkisen talouden kestävyysvaje edellyttää, että olemassa olevat voimavarat ovat täysimääräisesti käytössä ja ne saadaan jaettua mahdollisimman taspainoisesti maan eri osiin. Määrittelemällä palvelujen järjestämisvastuu nykyistä 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 kehityssuuntauksia.

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. Rakenneuudistuksen 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 käsiteltyjä vaihtoehtoja.

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

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

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

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti edellä mainitun työryhmän työn valmistelua täydentämään marraskuussa 2012 selvityshenkilöryhmän Suomen kuntakentän alueellisten erojen ja erityispiirteiden sekä kielellisten olosuhteiden huomioon ottamiseksi. Selvityshenkilöryhmä esitti raportissaan (STM raportteja ja muistioita 2013:7), että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu tulisi siirtää kunnilta sosiaali- ja terveydenhuollon alueille. Samalla sairaanhoitopiirien ja kehitysvammahuollon erityishuoltopiirien 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 vaativimman 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 toukokuussa 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 linjausten mukaan olisivast 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 terveyspalvelujen tulisi kuulua vain sote-alueen järjestämisvastuulle, 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 terveyspalvelujen uudistuksen linjauksista 23 päivänä maaliskuuta 2014. 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. Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymä vastaa siitä, että sen alueella asukkaat ja muut palveluihin oikeutetut saavat tarvitsemansa palvelut. Lähtökohtana on lähipalvelujen turvaaminen. Sosiaali- ja terveysalueen tulee laatia järjestämispäätös joka neljäs vuosi. Järjestämispäätöksessä määritellään tuottamisvastuussa olevat kunnat ja 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. Järjestämispäätöksissä otetaan huomioon asukkaiden näkemykset palveluis-

ta. Palvelujen tuottamisvastuu on kunnalla tai kuntayhtymällä. Tuottamisvastuun edellytykset määritellään laissa. Tuottamisvastuullisella tulee olla kyky vastata ehkäisevistä, korjaavista, hoitavista, kuntouttavista ja muista sosiaali- ja terveyspalveluista yhtenäisenä kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveysalue tekee päätöksen siitä, mitkä kunnat ja 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 terveysministeriöön perustetaan ohjausyksikkö. Ministeriön ja sote-alueen välille luodaan neuvottelumenettely, jossa sovitaan palvelujen toteutuksesta ja seurannasta. Tulosohjausneuvottelu sote-alueen ja tuottamisvastuisen tahon välillä käydään vuosittain.

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

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

Vaihtoehtoina tässä tilanteessa ovat siten lähinnä nykyinen palvelurakenne, sosiaali- ja terveysministeriön palvelurakenneryhmän ja sen työhön pohjautuneen selvityshenkilöryhmän ehdotus tai koordinaatioryhmän ehdotus, jonka mukaan järjestämisvastuu olisi pääsääntöisesti maakuntien keskuskaupunkeihin ja yli 50 000 asukkaan kuntiin pohjautuvilla sosiaali- ja terveysalueilla sekä osaksi perustason alueilla taikka jokin kolmas eri valmisteluvaihtoehdot 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 sosiaali- ja terveysaluetta ja palvelujen tuottamisvastuu on kunnilla ja kuntayhtymillä. Tässä mallissa etuna ovat järjestämisvastuun selkiyttäminen keskittämällä se viidelle sosiaali- ja terveysalueelle ja ohjausjärjestelmän luominen, jolla toteutetaan vahvempi valtion ohjaus verrattuna nykyiseen pirstaleiseen järjestelmään.

3.3 Keskeiset ehdotukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen säilytettäisiin edelleen kuntapohjaisena. Palvelujen järjestämiseen tarvittavan riittävän kantokyvyn turvaamiseksi ehdotetaan perustettavan viisi sosiaali- ja terveydenhuoltoaluetta, jotka olisivat kuntayhtymiä. Ne perustuisivat lähtökohtaisesti nykyisille erityisvastuualueiden aluerajoille. Kullakin viidellä sosiaali- ja terveydenhuoltoalueella 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 vertailua ja positiivista kilpailua siitä, kuinka palvelut järjestetään ja tuotetaan mahdollisim-

man yhdenvertaisesti, laadukkaasti sekä kustannusvaikuttavasti. Muun muassa tästä johtuen sosiaali- ja terveysalueita ehdotetaan muodostettavan viisi, eikä ole päädytty esimerkiksi valtiolliseen ratkaisuun.

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 terveydenhuoltoalueilla mahdollisuudet turvata lähipalveluja uudenlaisilla 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 kunnilla ja kuntayhtymillä. Näin päätösvaltaa palvelutuotannon käytännön toteutuksesta säilyisi sosiaali- ja terveysaluetta pienemmillä kuntakokonaisuuksilla ja siten lähempänä paikallistasoa. Paikallistasolla tunnetaan parhaiten alueelliset erityisosiosuhteet, jolloin ne kyetään erityisesti palvelutuotannon käytännön toteutuksessa huomioimaan. Tuottamisvastuun erottaminen järjestämisvastuusta muuttaa voimassa olevaa järjestämisvastuun sisältöä olennaisella tavalla. Tästä syystä esityksessä olisi ehdotuksen mukainen järjestämisvastuun määritelmä. 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 henkilöstöä sekä muita voimavaroja. Ne voivat tuottaa palveluja itse tai hankkia palveluja myös muualta, kuten järjestöiltä, yrityksiltä, sekä käyttää palveluseteliä. Ehdotus mahdollistaisi lisäksi edellä mainittuja kriteereitä suppeamman palvelutuotannon antamisen sitä varten erikseen perustetulle kuntayhtymälle. Tällä tavoin toteutettu tuottamisvastuu olisi poikkeus edellä mainitusta integroidusta palvelutuotannosta. Sen käyttäminen tulisi rajoittaa vain niihin tilanteisiin, joissa olisi olemassa asiakkaan tarpeista johtuvia erityisiä syitä erillisen kuntayhtymän perustamiselle kyseisen palvelun tuottamisvastuun toteuttamiseksi.

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 kunnat ja kuntayhtymät ovat tuottamisvastuussa. Sosiaali- ja terveysalueella ehdotetaan olevan muutoinkin merkittävää päätösvaltaa palvelutuotannon suhteen. Keskeisenä välineenä tämän päätösvallan toteuttamiseksi on järjestämispäätös, joka olisi tuottamisvastuussa olevia kuntia ja kuntayhtymiä sitova asiakirja. Järjestämispäätöksessä tulisi määritellä tuottamisvastuussa olevien kuntien ja 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.

Järjestämispäätöksen 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. Sosiaali- ja terveysalue määrittää kuntien maksuosuuden suuruuden. Edellä mainittujen tarvetekijöiden lisäksi maksuosuuksissa voidaan ottaa käyttöön myös muita valtionosuustekijöitä. Sosiaali- ja terveysalue rahoittaa tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien toiminnan jakamalla rahoituksen alueella yhtenäisin perustein huomioiden palvelujen tarpeen sekä palvelutuotannon 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 ilmettävä järjestämispäätöksestä. Sosiaali- ja terveysalue kävisi lisäksi tulosohjausneuvottelut tuottamisvastuullisten alueiden kanssa vuosittain.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistus on yksi keskeisistä keinoista poistaa julkisen talouden kestävyysvaje. Erityisesti tästä syystä valtion ohjausta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen ehdotetaan vahvistettavan. Valtion ohjausvaltaa ehdotetaan vahvistettavan muun muassa siten, että sosiaali- ja terveysalueen tulee saada järjestämispäätöksille sosiaali- ja terveysministeriön hyväksyntä. Tämän menettelyn kautta pyritään varmistamaan valtakunnallisesti mahdollisimman tarkoituksenmukainen ja kustannustehokas palvelujärjestelmä. Kansallisella ohjauksen kautta pyritään purkamaan tahottomuutta ja tarpeettomia kustannuksia aiheuttavia epätarkoituksenmukaisia päällekkäisyyksiä. Ministeriö kävisi kunkin sosiaali- ja terveysalueen kanssa vuosittaiset neuvottelut, joissa järjestämispäätökset käsitellään.

Ministeriöön ehdotetaan perustettavan ohjaustehtävän toteuttamiseksi ohjausyksikkö. Siellä tulee olla riittävät voimavarat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeseen ja palvelujen järjestämiseen liittyvään yleiseen ohjaukseen, järjestämispäätösten käsittelyyn sekä palvelujen järjestämiseen ja tuottamisvastuun toteutukseen liittyvään jatkuvaan seurantaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toimii ohjausyksikön tukena kansallisena asiantuntijaviranomaisena.

Esitys on tarkoitus toteuttaa siten, että laki tulisi voimaan asteittain vuoden 2015 ja 2017 välillä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden on tarkoitus käynnistää toimintansa vuoden 2016 alusta ja tuottmisvastuullisten kuntien ja kuntayhtymien vuoden 2017 alusta. Siirtymävaiheen toteutuksesta säädetään erillisellä voimaanpanolailla.

Määräaikainen verovapaus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksessa

Varainsiirtoverolakia ehdotetaan muutettavaksi siten, että varainsiirtoveroa ei olisi eräin edellytyksin suoritettava kunnan, kuntayhtymän tai niiden omistaman kiinteistöosakeyhtiön luovuttaessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavassa lakiehdotuksessa tarkoitettujen velvoitteiden toteuttamiseksi sosiaali- ja terveyspalvelutuotannossa käytettävän kiinteistön tai kiinteistöosakkeita kunnan tai kuntayhtymän omistamalle osakeyhtiölle sen osakkeita vastaan. Toimitilojen omistusjärjestelyjen määräaikaisesta verovapaudesta säädettäisiin erikseen varainsiirtoverolakiin otettavalla uudella verovapaussäännöksellä. 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 ehditään toteuttaa. Voidaan arvioida, että tarvittavat omaisuusjärjestelyt ehdittäisiin toteuttaa vuoden 2018 loppuun mennessä.

Ehdotetun säännöksen soveltamisedellytykset olisivat samansisältöiset kuin nyt voimassa olevassa varainsiirtoverolain 43 b §:ssä. 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 apporttiluovutuksena. Huojennus koskisi vain kuntaomisteisen 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

(Vaikutusarvionnin luku ja se alakohdat täydennetään myöhemmin.)

4.1 Yleistä

4.2 Taloudelliset vaikutukset

(Täydennetään myöhemmin)

Varainsiirtovero

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi järjestämislain mukaisten sosiaali- ja terveysalueiden toteuttamiseen liittyvien kuntien toimitilojen 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 puitelaissa 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

4.4 Vaikutukset kuntien asukkaisiin sekä asiakkaisiin ja potilaisiin

(Täydennetään myöhemmin)

4.5 Palvelujen tuotanto

(Täydennetään myöhemmin)

Hankintalainsäädäntö

Sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvat kunnat päättävät yhteisesti palvelujen tuottamisen periaatteista ja laajuudesta. Sosiaali- ja terveysalue päättää tuottamisvastuun antamisesta sellaiselle kunnalle ja kuntayhtymälle, joka täyttää laissa säädetyt kriteerit. Tämä tarkoittaa sitä, että kunnilla ja kuntayhtymillä on palvelujen tuottamisvastuu sen mukaan, mitä sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksessä on päätetty. Koska sosiaali- ja terveysalue ei voi päättää tuottamisvastuun piiriin kuuluvien tehtävien antamisesta muille tahoille kuin lain kriteerit täyttäville kunnille ja kuntayhtymille, näissä toimenpiteissä ei ole olemassa markkinoita, joita sosiaali- ja terveysalue voisi hyödyntää. 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 myös-

kään tehdä hankintasopimusta tehtävien hoitamisesta yksityisten yhteisöjen kanssa. Lain perusteella sovittavaa työnjakoa ja yhteistoimintasuhdetta sosiaali- ja terveysalueen sekä alueen kuntien välillä ei katsota kilpailutilanteeksi markkinoilla, eikä siihen sovelleta julkisista hankinnoista annettua lainsäädäntöä. Järjestämispäätös 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 yhteistoiminnan käsitteeseen. Horisontaalisen yhteistyön tavoitteena on varmistaa, että julkiset palvelut, jotka viranomaisten on suoritettava, tarjotaan niiden yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Järjestämislain mukaisissa tuottamisvastuun alaisissa tehtävissä kunnilla ja 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 kunta vastaa myös palveluiden rahoituksesta. Järjestämispäätöstä 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 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 tarkoituksenmukaiseksi 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 kunnan ja 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 osoittavat, että sosiaali- ja terveysalueella sekä alueen kunnilla ja kuntayhtymillä on yhteisiä yleishyödyllisiä tehtäviä, jotka niiden on suoritettava yhteistyössä ja joiden toteuttamistavoista sovitaan järjestämispäätöksessä. 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 kunnat ja kuntayhtymät eivät voi päättää ottaa hoidettavakseen tehtäviä itsenäisesti, vaan palvelujen tuottamisen periaatteista ja laajuudesta on yhteisesti sovittava. Vaikka sosiaali- ja terveysalue päättääkin tuottamisvastuun antamisesta kunnalle ja kuntayhtymälle, on kyse yhteistyöstä ja sitoutumisesta tekemään oma osansa sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisesta yhteistoiminnassa.

4.6 Henkilöstövaikutukset

(Täydennetään myöhemmin)

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 keskitettävät 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 palvelurakenneuudistuksen tueksi selvityshenkilötyöryhmän 27 päivänä marraskuuta 2012. Selvityshenkilötyöryhmän tehtävänä oli yhteistyössä kentän toimijoiden kanssa tukea palvelurakenneuudistuksen 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 valtiontalouden kehyksistä vuosille 2014 – 2017. Kehyspäätöksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksen tavoitteena on vahvoihin kuntiin perustuva, pääsääntöisesti kaksitasoinen integroitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne, jossa uuden laajan perustason tehtävien järjestämis- ja rahoitusvastuu on kunnilla. Tavoitteena on turvata sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalvelut. Laajan perustason sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Vastuukuntamallin perusteista säädetään kuntalaissa. Vastuukuntina voivat toimia maakuntien keskuskaupungit ja luontaisiin työssäkäyntialueisiin perustuvat vahvat kunnat, joilla on riittävä kantokyky.

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 järjestämislaiksi, joka sisältää kuntauudistuksen edellyttämät välttämättömät säännökset sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta.

Huhtikuussa 2013 asetetun koordinaatioryhmän tehtävänä oli laatia kehyspäätökseen perustuvat tarkemmat linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksen perusratkaisuiksi. Koordinaatioryhmä 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 koordinaatioryhmän 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 järjestämislaiksi ja eräiksi 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. Sote-alueen tulee laatia järjestämispäätös joka neljäs vuosi. Järjestämispäätöksessä määritellään tuottamisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät sekä niiden tehtävät, rahoituksen ja voimavarojen kohdentaminen, palvelurakenne ja periaatteet muualta hankittaville palveluille (ostopalveluille), sote-palvelujen laatu- ja palvelutaso, yhtenäiset käytännöt ja kielellisten oikeuksien toteuttaminen. Palvelujen tuottamisvastuu on kunnalla tai kuntayhtymällä. Tuottamis-

vastuun edellytykset määritellään uudessa laissa. Lisäksi valtion ohjausta vahvistetaan.

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. Lausunnot pyydettiin yhteensä xxx taholta.

(täydennetään saatujen lausuntojen perusteella)

6 Riippuvuus muista esityksistä

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 koskevilla muutoksilla, jotka ensi vaiheessa valmistellaan valtiovarainministeriön asettamassa valtion keskus- ja aluehallinnon selvityshankkeessa (VIRSU-hanke). VIRSU-hankkeen toimikausi päättyy 31.12.2014. Aluehallintovirastojen virastorakennetta koskevien muutosten on tarkoitus tulla voimaan samanaikaisesti ehdotetun lain kanssa 1 päivänä tammikuuta 2017.

(täydennetään myöhemmin)

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 pääsylle 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 käyttävissä olevilla voimavaroilla pystytään kantamaan vastuu erityislakien mukaisten palvelujen järjestämisestä.

Edellä kuvattujen tavoitteiden toteuttaminen vaatii myös useiden eri tahojen laajaa yhteistyötä. Lain tavoitteena on luoda edellytykset tällaisen yhteistyön syntymiselle sekä alueellisesti että valtakunnallisesti siten, että palvelut muodostavat toiminnallisesti ja rakenteellisesti integroidun kokonaisuuden. Tämä koskee sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon horisontaalista integraatiota että perustason ja erikoistason, kuten perusterveydenhuollon ja erikoisairaanhoidon vertikaalista integraatiota.

2 §. *Soveltamisala.* Pykälässä säädetään lain soveltamisalasta. Lakia sovelletaan kunnallisen 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 käsiteltävät sosiaali- ja terveysalueen, sosiaali- ja terveyspalvelun ja tuottamisvastuun käsitteet.

Pykälän 1 kohdassa määritellään sosiaali- ja terveysalue. Sillä tarkoitetaan laissa kuntayhtymää, jolla on säädettävän lain mukainen järjestämisvastuu julkisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta sekä siihen liittyvistä tehtävistä ja palveluista. Lisäksi sillä tarkoite-

taan sitä maantieteellistä aluetta, joka muodostuu sosiaali- ja terveysalueen 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 terveysalueen järjestämisvastuulle. 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 kunnan tai kuntayhtymän velvollisuutta tuottaa sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksen mukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Tuottamisvastuuseen sisältyy myös palvelujen toteuttamiseen liittyvän julkisen vallan käyttö.

Tuottamisvastuu on rajoitetumpi kuin lain 11 §:ssä erikseen määritelty järjestämisvastuu. Tuottamisvastuu velvoittaa kunnan tai kuntayhtymän toteuttamaan sosiaali- ja terveyspalvelut järjestämispäätöksen mukaisesti siten ja siinä laajuudessa, kuin niistä on tarkemmin sovittu sosiaali- ja terveysalueen 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 järjestämisvastuussa olevalla sosiaali- ja terveysalueella. 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 terveysalueella sekä tuottamisvastuussa olevilla kunnilla ja 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 kunta tai 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 terveysalue 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. Järjestämisvastuussa olevien sosiaali- ja terveysalueiden ja tuottamisvastuussa olevien kuntien ja 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 käytätä 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 liikkuvina 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. Keskittämisellä 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 keskittää 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 rakennettu ympäristö, palvelut ja viestintä ovat kaikkien saavutettavissa. Ihmisten eliniän pidetessä 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 palvelunsuunnittelun 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 kotikuntalain (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 järjestämispäätöksen mukaiset lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Tuottamisvastuun samoin kuin järjestämisvastuun henkilöllinen soveltamisala määriteltäisiin pykälässä henkilön kotikunnan perusteella. Kunnan asukkaalla olisi oikeus saada tuottamisvastuussa olevalta kunnalta ja 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 kunta tai kuntayhtymä, jossa oppilaitos sijaitsee on velvollinen järjestämään opiskeluterveydenhuollon palvelut kaikille oppilaitoksen opiskelijoille heidän kotipaikastaan riippumatta. Vastaavasti työterveyshuollon palveluja on järjestettävä kunnan tai kuntayhtymän alueella sijaitsevissa työpaikoissa työskenteleville työntekijöille sekä yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville. Lastensuo-

jelulain 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 kuulluksi 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 yksityis-henkilön 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 kuulluksi ja saada asiakirjat omalla kielellään silloinkin, kun se on toinen kuin alueen kieli.

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

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

Pykälän 3 momentissa 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 ymmärretyksi. 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 4 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). 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.

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, liikennejärjestelyihin sekä moniin muihin kuntien hoitamiin tehtäviin.

Edellä olevan perusteella vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuuluu ensisijaisesti kunnille. Sen vuoksi 1 momentissa säädetään vastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kunnille. Ehdotuksen mukaan jokaisen kunnan on ensinnäkin seurattava asukkaittensa elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä tekijöitä, jotka vaikuttavat niihin. Kunnan tulee myös seurata kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden kehittymistä sekä kunnan toiminnan hyvinvointivaikutuksia ja raportoitava tästä vuosittain kunnanvaltuustolle. Lisäksi kunnanvaltuustolle tulee tehdä kerran valtuustokaudessa hyvinvointikertomus. Kertomukseen kerätään tietoa asukkaiden terveydestä ja hyvinvoinnista ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä kunnan kyvystä vastata näihin tarpeisiin. Tiedot tulee kerätä väestöryhmittäin, mikä mahdollistaa tarvittavien toimien kohdentamisen. Lähtökohtana on, että hyvinvointikertomuksen johtopäätökset toimivat kunnan strategisen suunnittelun perustana.

Pykälän 2 momenttiin sisältyy velvoite asettaa kunnan strategisessa suunnittelussa tavoitteita kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistävistä 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.

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

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

9 §. *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen alueellisesti ja palvelujen tuotannossa.* Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuuluu olennaisena osana myös sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien toimintaan. Sen vuoksi 9 pykälässä säädetään, että eri toimijoiden päätöksenteossa on arvioitava ennakkoon ja otettava huomioon päätösten vaikutukset eri väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen. Lisäksi sosiaali- ja terveysalueella ja tuottamisvastuussa olevilla kuntayhtymillä on velvollisuus antaa alueensa kunnille asiantuntijaapua hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvissä kysymyksissä järjestämällä alueellista koulutusta, koordinoimalla kehittämis- ja tutkimushankkeita sekä valtakunnallisten ohjelmien toimeenpanoa sekä osallistuttava kunnissa vaikutusten ennakkoarviointityöhön. Sosiaalihuollon asiantuntemusta voidaan hyödyntää muun muassa rakenteellisen sosiaalityön avulla. Rakenteellisesta sosiaalityöstä säädettäisiin 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.

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 vastaanottavan 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. 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, kotisairaanhoitoa 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 terveysalueiden 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 määrittelemisen. Jotta palvelut voidaan toteuttaa alueen väestön ja muiden palveluihin oikeutettujen tarvetta vastaavasti, on järjestämisvastuussa olevan selvitettävä, mitä pal-

veluja 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 määritelmän 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 terveysalueen järjestämisvastuulle kuuluvia palveluja tuotetaan kuntien ja kuntayhtymien omana toimintana ja missä määrin niitä hankitaan sopimusten perusteella muualta. Lain 16 §:ssä on säädetty tarkemmin siitä, miten tuottamisvastuussa olevat kunnat ja 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 terveysalueen 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 terveysalueen velvollisuudesta kehittää toimintaa on säännös lain 32 §:ssä ja velvollisuudesta laatia omavalvontaohjelma 18 §:ssä.

Pykälän 2 momentin perusteella järjestämisvastuuseen sisältyy myös julkisen toimivallan käyttö. Tällaisia tehtäviä, jotka edellyttävät virkasuhteessa olevan henkilön tekemää päätöstä tai toimintaa, on säädetty useissa eri laeissa, kuten tartuntatautilaissa, mielenterveyslaissa ja lastensuojelulaissa. Lisäksi järjestämisvastuuseen kuuluu vastuu siitä, että perustuslain ja kielilain mukaiset kielelliset oikeudet toteutuvat sosiaali- ja terveyspalveluissa.

12 §. *Järjestämispäätös*. Ehdotetun pykälän perusteella sosiaali- ja terveysalueen on laadittava järjestämispäätös siitä, miten sosiaali- ja terveyspalvelut toteutetaan alueella. Järjestämispäätöstä laadittaessa on neuvoteltava tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien kanssa. Tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntahtymien kuulemisella voidaan varmistaa, että päätöstä laadittaessa otetaan huomioon myös niiden kokemukset ja 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 seurantatatiedot 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 ottavalla 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.

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

Kohdan 3 perusteella päätöksessä on selvitettävä valtakunnallisten strategisten tavoitteiden ja valtakunnallisen kehittämisohjelman toteuttaminen. Näistä säädetään lain 26 ja 31 pykälissä. Sosiaali- ja terveysalueen on järjestämispäätöstä laadittaessa ja toimeenpantaessa huolehdittava, että valtakunnalliset tavoitteet tulevat asianmukaisesti toimeenpannuiksi.

Kohta 4 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 terveyden edistämisessä. Hyvinvoinnin ja terveydenedistämisestä on tarkemmat säännökset lain 8 ja 9 §:ssä.

Momentin 5 kohdan perusteella järjestämispäätöksessä pitää määritellä 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 sovituja hoitokäytäntöjä. Järjestämispäätöksessä on määriteltävä, miten varmistetaan yhtenäisten käytäntöjen toteutuminen tuottamisvastuussa olevissa kunnissa ja kuntayhtymissä. Yhtenäisten käytäntöjen toteutumisesta tulee huolehtia myös silloin, kun palveluja hankitaan yksityisiltä palvelujen tuottajilta.

Väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen sosiaali- ja terveysalueella on selvitettävä momentin 6 kohdan perusteella. Kielellisistä oikeuksista on tarkemmat säännökset lain 7 ja 24 §:issä.

Kohdan 7 mukaan järjestämispäätöksessä on määriteltävä tuottamisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät sekä niiden tehtävät. Lain 14 §:n perusteella palvelut voidaan toteuttaa joko kaikki palvelut tuottavien kuntien tai alueellisten kuntayhtymien toimesta. Palvelujen tuottamisvastuuta voidaan myös osoittaa tietystä palvelukokonaisuudesta vastaaville teemallisille kuntayhtymille. 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 kuntien tai kuntayhtymien tehtäväksi.

Kohdan 8 perusteella järjestämispäätöksessä on määrättävä kattavasta ympärivuorokautisesta päivystyksestä vastaavat kunnat ja kuntayhtymät. Kattava päivystys käsittää sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon niin sanotun 24/7 päivystyksen. Lain 14 §:n perusteella jokaisen tuottamisvastuussa olevan kunnan tai kuntayhtymän ei tarvitse ylläpitää kattavaa ympärivuorokautista päivystystä. Päätöksessä on varmistettava, että sosiaali- ja terveysalueen koko väestö saa päivystyspalvelut.

Kohdan 9 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 10 mukaan järjestämispäätöksessä on määriteltävä miten sosiaali- ja terveysalueella käytössä olevat rahoitus ja voimavarat kohdennetaan tuottamisvastuussa oleville kunnille ja kuntayhtymille. Tällöin on kysymys ensijassa siitä, mitkä ovat ne periaatteet, joiden mukaisesti sosiaali- ja terveysalueen käytössä oleva, kunnilta kerätty rahoitus kohdennetaan tuottamisvastuussa oleville kunnille ja kuntayhtymille sekä sosiaali- ja terveysalueelle. Voimavarojen kohdentamisessa on otettava huomioon tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien tehtävät siten kuin niistä on päätetty 7–9 kohtien perusteella.

Momentin 11 kohdan mukaan järjestämispäätöksessä tulee määritellä keskeiset periaatteet järjestöiltä ja yrityksiltä hankittaville palveluille. Lain 16 §:n perusteella sosiaali- ja terveysalue ja tuottamisvastuussa oleva kunta ja kuntayhtymä voivat toteuttaa palvelut eri tavoin, kuten tuottamalla ne itse tai hankkimalla niitä muilta palvelujen tuottajilta. Lisäksi palveluja voidaan toteuttaa palvelusetelillä. Järjestämisvastuun kannalta on tärkeää, että sosiaali- ja terveysalue voi strategisella tasolla määritellä palvelutuotannon keskeiset periaatteet ja rakenteet. Sen vuoksi sosiaali- ja terveysalueen tulee ehdotuksen mukaan myös määritellä ne periaatteet, joita tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien on noudatettava, kun ne järjestävät tuottamisvastuuseensa kuuluvat palvelut hankkimalla niitä yrityksiltä, järjestöiltä ja muilta yksityisiltä palvelujen tuottajilta.

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

Momentin kohdan 12 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 sovitetaan yhteen. Palvelujen tuottajina voi olla tuottamisvastuussa olevia kuntia ja kuntayhtymiä, yrityksiä ja järjestöjä sekä myös valtion laitoksia ja muita tahoja. Erityisesti palveluja käyttävien asiakkaiden näkökulmasta palvelujen pitää muodostaa yhteentoimiva integroitu kokonaisuus.

Kohdan 13 perusteella järjestämispäätöksessä on määriteltävä miten sen toteutumista seurataan ja arvioidaan.

Pykälän 3 momentissa säädetään järjestämispäätöksen hyväksymisestä. Säännöksen mukaan sen hyväksyy kuntalain 81 §:n 1 momentissa tarkoitettu sosiaali- ja terveysalueen toimielin, eli kuntayhtymän yhtymäkokous tai yhtymävaltuusto. Lisäksi järjestämispäätös käsitellään sosiaali- ja terveysalueen ja sosiaali- ja terveysministeriön välisessä neuvottelumenettelyssä. Ministeriön on tällöin voitava todeta, että järjestämispäätöksessä on asianmukaisesti otettu huomioon lain 26 §:n mukaiset sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset strategiset tavoitteet ja 31 §:n mukainen valtakunnallinen kehittämisohjelma.

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 yhteistyö-

tä ja luoda sille toimintaedellytykset. Sen lisäksi yhteistyötä voidaan tarvita esimerkiksi ympärivuorokautisissa päivystyspalveluissa, sosiaalihuollon kriisipäivystyksessä, tehohoidossa, selviämisyksikkötoiminnassa, erityisosaamista edellyttävissä konsultaatiopalveluissa, monialaisesti vaativissa kuntoutustutkimuksissa ja työkykyselvityksissä, erityisosaamista edellyttävien sairaus- ja vammaryhmien hoito-, asumis- ja kuntoutuspalveluissa, lääkehuollossa sekä kliinisissä tukipalveluissa (laboratorio- ja kuvantamispalvelut) sekä tartuntatautien torjunnassa. Myös monia sähköisesti ylläpidettäviä hoidollisia ja neuvontapalveluja voi olla tarkoituksenmukaista toteuttaa ja ylläpitää yhteistyössä.

Lainkohdassa on erikseen todettu ensihoito. Sosiaali- ja terveysalueen tulee sopia yhteistyössä tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien kanssa, miten ensihoitopalvelu suunnitellaan ja toteutetaan ja mikä on ensihoidon palvelutaso. Tämä tulee toteuttaa siten, että ensihoito, mukaan lukien lääkärihelikopteritoiminta, ja ympärivuorokautinen päivystys muodostavat sosiaali- ja terveysalueella toiminnallisen kokonaisuuden. Viranomaisten välisessä yhteistyössä on tarvittaessa sovittava myös sosiaali- ja terveysalueiden rajat ylittävästä yhteistoiminnasta (esimerkkeinä meripelastus ja Rajavartiolaitos). Sosiaali- ja terveysalueen olisi lisäksi määriteltävä yhdessä tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien kanssa ensihoidon johtokeskukset, joilla on valtion turvallisuusverkon (Tuve) ja kenttäjohtamisjärjestelmän (Kejo) käyttövelvoite. Päätöksen valmistelussa olisi otettava huomioon sosiaali- ja terveysministeriön antamat ohjeet yhteistyöstä hätäkeskuksen ja muiden turvallisuusviranomaisten kanssa.

Kohdan 2 perusteella sosiaali- ja terveysalueen tulee huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten strategisten linjausten ja valtakunnallisen kehittämisohjelman toimeenpanosta siltä osin, kuin niistä ei ole määrityksiä järjestämispäätöksessä. Sosiaali- ja terveysalueen on erityisesti huolehdittava siitä, että tuottamisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät ottavat mainitut valtakunnalliset linjaukset huomioon omassa toiminnassaan.

Kohdassa 3 säädetään sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtävän tutkimustoiminnan yhteensovittamisesta eri toimijoiden kesken. Kohdassa 4 säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoinnista sekä alueellisen koulutuksen suunnittelusta ja kehittämisestä. Mainittujen kohdissa 3 ja 4 todettujen yhteensovitustehtävien hoitamiseksi sosiaali- ja terveysalueen tulisi muodostaa yhteistyörakenteet alueen yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen sekä muiden tahojen kanssa. Yhteistyötä tulisi koordinoida myös valtakunnan tason toimijoiden, kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen, Työterveyslaitoksen ja Säteilyturvakeskuksen kanssa.

Kohdissa 3 ja 4 ”omalta osaltaan” viittaa siihen, että tarkoituksena ei ole siirtää sosiaali- ja terveysalueelle esimerkiksi sellaisia koulutuksen suunnitteluun liittyviä tehtäviä, jotka kuuluvat selvästi korkeakoulujen ja muiden oppilaitosten päätettäväksi, tai esimerkiksi koulutustarpeen ennakointitehtäviä, jotka on alueiden kehittämisestä annetulla lailla (1651/2009) säädetty maakunnan liittojen tehtäväksi näiden omilla alueilla. Sosiaali- ja terveysalueen tehtävänä on huolehtia eri tahojen yhteistyöstä alueellaan niin, että toiminta tukee lain tavoitteita. Sosiaali- ja terveysalueen tulee esimerkiksi välittää omalla alueellaan toimiville yliopistoille ja ammattikorkeakouluille tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisen henkilöstön muuttuvista osaamistarpeista.

Pykälän 5 kohdan perusteella sosiaali- ja terveysalueen on huolehdittava henkilöstön tehtävärakenteen ja työnjaon periaatteiden sekä suunnittelun, kehittämisen ja seurannan käytäntöjen yhteensovittamisesta tuottamisvastuussa olevissa kunnissa ja kuntayhtymissä. Riittävä, osaava ja tarkoituksenmukaisesti kohdennettu henkilöstö on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuuden ja tuottavuuden kannalta keskeinen tekijä.

Sosiaali- ja terveysalueella tapahtuvan henkilöstön tehtävärakenteen ja työnjaon suunnittelun, kehittämisen ja seurannan tavoitteena on, että alueen tuottamisvastuussa olevissa kunnissa ja kuntayhtymissä on käytössä yhteiset periaatteet ja mittaustavat hen-

kilöstön käytössä ja henkilöstörakenteen suunnittelussa. Tavoitteena olisi, että sosiaali- ja terveysalue kannustaisi ja ohjaisi tuottamisvastuussa olevia kuntia ja 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, hoitojakson pituuteen sekä henkilöstön työhyvinvointiin ja vaihtuvuuteen on selvitetty useissa tutkimuksissa. Tutkimusten mukaan terveydenhuollon kompleksisessa toimintaympäristössä ei ole perusteita tiukasti määriteltyyn 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 järjestämispäätöksessä jokin osa tietojen hallinnasta 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 sovitettava 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 velvoitteeksi 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 kuntien ja 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 kunnat ja 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 tuottamisesta. Säännöksen mukaan tuottamisvastuu lakisääteisistä sosiaali- ja terveyspalveluista on kunnalla tai kuntayhtymällä. Tuottamisvastuu on kattava ja käsittää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät ja palvelut.

Erityisesti paljon eri palveluita 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 päivystysjärjestelyistä on sovittava sosiaali- ja terveysalueella. Palvelujen tuottamisen varmistamisessa on otettava huomioon maantieteelliset olosuhteet.

Tuottamisvastuussa olevalla kunnalla ja 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.

Pykälän 2 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalue voi päättää, että 1 momentissa tarkoitettujen alueellisessa vastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien lisäksi on niin sanottuja teemallisia kuntayhtymiä. Tällainen teemallinen kuntayhtymä voi tuottaa palveluja koko sosiaali- ja terveysalueen väestölle. Sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksessä on määriteltävä ne palvelut, joiden tuottamisvastuu on teemallisella kuntayhtymällä. Tällöin 1 momentin mukaisilla kuntayhtymillä ei ole vastaavaa tuottamisvastuuta.

Pykälän 3 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalueen on lisäksi päätettävä niistä kunnista ja kuntayhtymistä, joilla on tuottamisvastuu kattavista ympärivuorokautisista päivystyspalveluista. Tällaiseen päivystyksen käsittävään tuottamisvastuuseen kuuluu sosiaalipäivystys, terveydenhuollon päivystys ja tarpeellinen selviämishoito sekä niiden integrointi muihin palveluihin. Sote-alueen on huolehdittava siitä, että ensihoito ja ympärivuorokautinen päivystys muodostavan alueella toiminnallisen kokonaisuuden, koska kiireellinen apu ja hoito on pystyttävä antamaan henkilön kotikunnasta ja päivystyspisteille sovitusta alueellisesta ja toiminnallisesta vastuusta riippumatta. Ympärivuokautinen perustason päivystys on tärkeää toteuttaa yhteispäivystyksenä erikoissairaanhoidon kanssa.

15 §. *Sosiaali- ja terveysalueen tuottamisvastuu.* Ehdotettavassa pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueella olevasta tuottamisvastuusta. 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 tai yhteishankintoihin liittyvät tehtävät.

Lisäksi sosiaali- ja terveysalue voisi ottaa tuottamisvastuun itselleen jos tuottamisvastuun toteuttaminen ei ole onnistunut millään muulla tavalla. Säännöksen perusteella sosi-

aali- ja terveysalueella olisi mahdollisuus varmistaa kaikissa tilanteissa, että se pystyy vastaamaan lakiin perustuvasta järjestämisvastuustaan ja että sen alueen asukkaat saavat tarvitsemansa sosiaali- ja terveyspalvelut. Käytännössä tällainen tilanne, jossa palvelujen tuottaminen ei onnistu tuottamisvastuussa olevien kuntien tai kuntayhtymien toimesta on erittäin epätodennäköinen.

16 §. *Tehtävien ja palvelujen tuottaminen*. Ehdotetussa säännöksessä määritellään se, miten tuottamisvastuussa oleva sosiaali- ja terveysalue sekä kunta ja kuntayhtymä voivat toteuttaa vastuulleen kuuluvat tehtävät ja palvelut. Säännöksen perusteella palvelut voidaan tuottaa itse tai yhteistyössä muiden kuntien ja kuntayhtymien kanssa, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai hankkimalla palveluja muualta. Käytettävissä on myös palveluseteli siten kuin siitä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetussa laissa (569/2009). Lisäksi pykälän 6 kohdassa todetaan, että palveluja voidaan toteuttaa myös muilla tavoin, jos muualla on säädetty 1–4 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 järjestämisvastuun sijasta lain 13 ja 14 §:ssä säädettävään tuottamisvastuuseen.

Joissakin harvinaisissa tai erityisen vaativissa palveluissa sosiaali- ja terveysalue voi välttämättömän palvelun saatavuuden varmistamiseksi määritellä kyseisen palvelun yleistä taloudellista etua koskevaksi palveluksi, eli niin sanotuksi SGEI-palveluksi, ja sen perusteella antaa määräajaksi julkisen palvelun velvoitteen tietylle tai tietyille toimijoille menettelystä säädettyjä yleisiä periaatteita noudattaen.

17 §. *Yhteistoiminta palvelutuotannossa*. Pykälän 1 momentin mukaan osa sosiaalihuoltoon ja terveydenhuoltoon kuuluvista toimenpiteistä ja hoidoista voidaan keskittää valtakunnallisesti joillekin tuottamisvastuussa oleville kunnille ja kuntayhtymille, jos se on välttämätöntä 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 sosiaalihuoltoa. 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.

Palvelujen keskittämisestä voitaisiin sopia myös sosiaali- ja terveysalueiden tai tuottamisvastuussa olevien kuntien ja 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 määriteltäisiin myös ne julkisen sosiaalihuollon tai terveydenhuollon toimintayksiköt, jotka vastaisivat keskitettävistä tehtävistä.

Pykälän 2 momentissa on säännös palvelujen keskittämisestä yksityiselle palvelujen tuottajalle tai ulkomailta hankittavaksi. Jos valtakunnallisesti palvelut on tarkoituksenmukaisinta hankkia yksityisiltä palvelujen tuottajilta tai ulkomailta, voidaan valtioneuvoston asetuksella määritellä 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, palvelu-

jen saavutettavuus sekä palveluja käyttävien henkilöiden yhdenvertaisuus. Omavalvontaohjelman tulee käsittää myös 9 §:n tarkoittamat 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 kuntien ja 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 kunnilla ja kuntayhtymillä. Niinpä jälkimmäisten omavalvontaohjelma voi painottua enemmän palvelutuotantoon, sekä itse tuotettuun että muualta hankittuun.

Tuottamisvastuussa olevan kunnan ja 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 kunnan ja 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 kunnan ja kuntayhtymän laadunhallintaa sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämistä koskevasta suunnitelmasta.

Tuottamisvastuussa olevan kunnan ja 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 terveysalueiden hallintoon sovelletaan kuntalain säännöksiä kuntayhtymästä. Kuntalain 10 luvussa on yleiset säännökset siitä, miten kuntayhtymän hallinto on toteutettava.

20 §. *Sosiaali- ja terveysalueen ylimmän päättävän toimielimen tehtävät.* Pykälässä määritellään ne tehtävät, joista sosiaali- ja terveysalueen ylimmän päättävän toimielimen tulee ainakin päättää. Kuntalain perusteella ylin päättävä toimielin on yhtymäkokous tai yhtymävaltuusto. Valinta näiden

kahden välillä tehdään kuntayhtymän perussopimuksessa.

Ehdotettavan säännöksen perusteella kuntayhtymän ylimmän päättävän toimielimen on päätettävä ainakin järjestämispäätöksen hyväksymisestä ja siihen tehtävistä muutoksista. Lisäksi se päättää vuotuisista toiminnallisista ja taloudellisista tavoitteista sekä talousarviosta ja taloussuunnitelmasta.

Muilta osin päätöksenteon jakautuminen sosiaali- ja terveysalueen eri toimielinten kesken määritellään kuntayhtymän perussopimuksessa.

21 §. *Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän toimielinten kokoonpano ja valinta*. Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen ylimmän päättävän toimielimen kokoonpanosta ja valinnasta sekä muiden toimielinten kokoonpanosta.

Pykälän 1 momentin perusteella sosiaali- ja terveysalueen ylimmän päättävän toimielimen, yhtymäkokouksen tai -valtuuston, jäsenten tulee olla jäsenkuntien valtuutettuja. 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.

Lisäksi säännöksessä todetaan, että jokaisella kunnalla on oltava vähintään yksi edustaja ylimmässä päättävässä toimielimessä. 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 on säännös sosiaali- ja terveysalueen muiden toimielinten kokoonpanosta. Ehdotuksen mukaan erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävän sosiaali- ja terveysalueen hallituksessa vähintään yhden jäsenen ja yhden varajäsenen on edustettava ruotsinkielistä väestöryhmää. Ruotsinkieliseen väestöryhmään kuuluminen tarkoittaa joko äidinkieleltään 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 terveysalueen toimielinten valinta ja kokoonpano määräytyvät kuntalain 81 §:n 4 momentin mukaisesti.

22 §. *Tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän hallinto*. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta vastuussa olevien kuntayhtymen 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 terveysalueen että tuotamisvastuussa olevan kuntayhtymän ylimmässä päätöksentekoelimessä määräytyy kunnan asukasluvun mukaan. Kunnan äänimäärän tarkemmasta määräytymisestä päätetään kuntayhtymän perussopimuksessa.

Lisäksi pykälässä ehdotetaan, että kunnan edustajien äänimäärän pitää aina olla vähemmän kuin puolet kuntayhtymän kaikkien kuntien asukasluvun mukana määräytyvästä äänimäärästä. Äänimäärä ei siten voi olla 50 prosenttia tai enemmän. Tällä niin sanotulla äänileikkurilla varmistetaan, että yksittäinen kunta ei voi saada lakisääteisessä yhteistyössä määräävää enemmistöä. Kunnat voivat kuitenkin sopia myös, että äänileikkuria ei oteta käytöön. Päätös tästä tulisi tehdä kuntayhtymän perussopimuksessa. Äänileikkuria koskeva säännös koskee sekä sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymää että tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä.

24 §. *Vähemmistökielen lautakunta*. Erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävällä sosiaali- ja terveysalueella olisi pykälän mukaan oltava vähemmistökielen lautakunta. Sen tehtävänä on selvittää, arvioida ja määritellä kielellisen 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 kaksikielisessä kunnassa sekä kaksikielisiä tai erikielisiä kuntia käsittävässä tuottamisvastuussa olevassa 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 saama 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, johon kuuluu saamelaisten kotiseutualueen kunta. Näitä kuntia ovat Enontekiö, Inari ja Utsjoki. Lisäksi Sodankylän kunnassa sijaitseva Lapin paliskunnan alue kuuluu saamelaisten kotiseutualueeseen.

5 Luku **Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen**

25 §. *Yleinen ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen.* Pykälän 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Ministeriö vastaa strategisesta suunnittelusta ja siihen liittyvästä 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 keskittämistä edellyttävien palvelujen toteuttamista. Etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain toimeenpanovaiheessa, uudenlaista järjestämisrakennetta luotaessa, valtakunnallisen ohjauksen merkitys on olennainen. Palvelurakenteen kehittymistä ja palvelurakenneohjauksen vaikuttavuutta seurataan ja arvioidaan ja tarvittaessa jatkossa kehitetään uusia välineitä valtakunnallisen ohjauksen tehostamiseksi.

Pykälän 2 momentissa säädettään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävästä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisena asiantuntijaviranomaisena. Säännös vastaa voimassaolevaa lainsäädäntöä laitoksen tehtävistä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitte-

lussa ja kehittämisessä. Voimassa olevan lainsäädännön mukaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävänä on muun ohella tutkia ja seurata väestön hyvinvointia ja terveyttä, niihin vaikuttavia tekijöitä ja niihin liittyviä ongelmia, sekä kehittää ja edistää toimenpiteitä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja ongelmien vähentämiseksi. Lisäksi laitoksen tehtävänä on tutkia, seurata, arvioida, kehittää ja ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja antaa asiantuntijatukea hyvinvointia ja terveyttä edistävien politiikkojen, toimintatapojen ja käytäntöjen toteuttamiseksi. Tämän lisäksi laitos harjoittaa alan tutkimus- ja kehittämistoimintaa sekä tekee aloitteita ja esityksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen palvelujen kehittämiseksi ja väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi, ja osana tätä toimintaa edistää sosiaali- ja terveysalan uusia innovaatiota.

Olennainen osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijatehtäviä on toimiminen tilastolain (280/2004) 2 §:n 2 momentissa tarkoitettuna tilastoviranomaisena, joka ylläpitää alan tiedostoja ja rekistereitä siten kuin niistä erikseen säädetään. Lisäksi laitos osallistuu toimialansa kansainväliseen toimintaan.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtävänä on 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 Työterveysalaitos 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 määritellä 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 lakisääteistämisellä 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 kokonaistarkasteluun. 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 järjestämispäätöksen sisältöä ja sen keskeisiä tavoitteita, palvelutuotannon yhteistoimintaa, omavalvontaa sekä valtakunnallisen kehittämisohjelman toimeenpanoa. Lisäksi neuvotteluissa arvioitaisiin järjestämispäätöksen 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 järjestämisvastuuseen 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 järjestämislain 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 järjestämispäätöksen ja sen mahdollisten muutosten hyväksyminen sekä

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 sovittujen toimenpiteiden ja tavoitteiden toteutumisesta. Ministeriöllä olisi taas velvollisuus seurata sovittujen 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 kunnan ja kuntayhtymän välinen tulosohjaus.* Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän välillä noudatettavasta tulosohjauksesta. Tulosohjaus 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 kuntien ja kuntayhtymien palvelutuotannon tulosohjauksesta. Tulosohjaus olisi osa sosiaali- ja terveysalueen sisäisen ohjauksen kokonaisuutta, joka tarkoittaisi lähinnä tulostavoitteista sekä resursseista ja kehittämislinjauksista sopimista sekä toiminnan tulosten ja vaikutusten arviointia. Tulosohjauksen tavoitteena olisi toiminnan tehostaminen sekä järjestelmä, joka tukisi tavoitteiden tiivistä suhdetta järjestämissuunnitelmaan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisiin tavoitteisiin. Tarkoituksena olisi vahvistaa järjestämisvastuullisen 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 kunnan ja kuntayhtymän välillä vuosittain. Tulosohjaukselle olisi olennaista, että tuottamisvastuussa oleville kunnille ja 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 kuntalaisten antamaa palautetta tulisi hyödyntää järjestelmällisesti. Kunta ja kuntayhtymä vastaisi sille asetettujen tulostavoitteiden saavuttamisesta sekä tavoitteiden saavuttamista vaarantavien seikkojen tunnistamisesta ja hallinnasta omalla palvelualueellaan. Kaikki tuottamisvastuussa olevat kunnat ja 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. Tulossopimusneuvotteluissa osapuolet sopisivat tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän toiminnalle asetettavista tulostavoitteista ja niiden toteuttamisen edellyttämistä voimava-

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

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin, että sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän olisi kerättävä alueensa asukkaiden näkemyksiä väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laadusta ja toimivuudesta. Asukkailta kerättävillä näkemyksillä saadaan kokemustietoa sosiaali- ja terveydenhuollon satavuudesta, saavutettavuudesta ja laadusta sekä asukkaiden hyvinvoinnin tilasta hyödynnettäväksi suunnittelussa, päätösten valmistelussa ja päätöksenteossa. Kokemustiedolla on huomattava arvo palvelujen ja muiden tukitoimien ja niiden vaikuttavuuden kehittämisessä. Näkemyksiä olisi kerättävä kaikilta väestöryhmiltä ja kerätty aineisto tulisi analysoida.

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 olisi mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon laadittaessa sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöstä sekä sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien vuotuisia toimintasuunnitelmia. Asukkaiden näkemyksillä tulisi olla todellista painoarvoa suunnitelmia laadittaessa, eikä näkemyksiä tulisi 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, keräämällä palautetta, suunnittelemalla ja kehittämällä palveluja yhdessä niiden käyttäjien kanssa, sekä tukemalla asukkaiden, järjestöjen ja muiden yhteisöjen oma-aloitteista asioiden suunnittelua ja valmistelua.

Asukkaille tulisi tarjota monipuolisia, vaikuttavia ja käyttäjälähtöisiä osallistumiskeinoja ja nykyisiä osallistumismuotoja ja -kanavia tulisi edelleen kehittää ja vahvistaa. Laissa ei velvoitettaisi ottamaan käyttöön tiettyjä osallistumisen ja vaikuttamisen tapoja, vaan sosiaali- ja terveysalue ja kunta 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 palaute selonteosta. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii kehittämisohjelman nelivuosittain 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 toimenpidesuositukset tulisi sovittaa yhteen valtion talousarvion ja valtiontalouden kehyspäätösten kanssa. Tällöin myös valtiontalouden 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 merkittävimpien uudistusten samoin kuin hallinnonalalta kunnille tulossa olevien ohjeiden ja suositusten osalta. Ohjelmakauden aikana kehittämisohjelman tarkistukset tehtäisiin valtiontalouden vuosittaisten kehyspäätösten jälkeen, jotta toimenpidesuositukset olisivat yhteensopivat valtiontaloutta koskevien päätösten kanssa. Näin kansallisen kehittämisohjelman avulla voitaisiin täsmentää 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 kehittämishankkeisiin myönnettävästä valtionavustuksesta. Säännös olisi pääosin samansisältöinen kuin nykyisin voimassa oleva STVAL 5 b §. Se koskisi kehittämishankkeeseen suoritettavaa valtionavustusta. Valtionavustuksen myöntäisi hakemuksesta sosiaali- ja terveysministeriö. Valtionavustuksen saajana voi olla sosiaali- ja terveysalue sekä tuottamisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä.

Kehittämishankkeiden 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 kehittämistarpeet. Hankkeille tulee määrittää jo hankesuunnitelmassa konkreettiset ja mitattavat tavoitteet.

Ehdotettu lainkohta sisältäisi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden 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 kehittämishankkeita koskevaan toimintaan sovellettaisiin valtionavustuslain säännöksiä, mikä todettaisiin pykälän 3 momentissa. Lisäksi lainkohdassa todettaisiin, että kehittämishankkeita koskevissa asioissa valtionapuviranomaisena toimisi sosiaali- ja terveysmi-

nisteriö. 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 kehittämishankkeille 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 kunnalle ja kuntayhtymälle voitaisiin myöntää valtionavustusta enintään 75 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista. Kunnan ja 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 kehittämistoiminnasta. Tehtävä kattaisi sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen, kehittämisrakenteen ja kehittämisosaamisen vahvistamisen sekä vastuun alue- ja organisaatiorajat ylittävästä kehittämisyhteistyöstä.

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 organisaatiorajat 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 tarkoitetut sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköt toimivat tällä hetkellä alueellisen kehittämistoiminnan tukena.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteutuminen arjen asiakastyössä vaatii myös kehittämistoimijoilta kykyä yhteistyöhön. Tavoitteena on, että sosiaali- ja 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 järjestämissuunnitel-

man laatimista sekä viedä vaikuttavuuden arviointiin perustuvaa tietoa toiminnan kehittämiseen ja päätöksentekoon.

6 Luku **Rahoitus**

Alueiden toiminnan rahoitus

33 §. *Sosiaali- ja terveysalueen rahoitus.* Pykälän 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveysalueen rahoituksesta vastaisivat sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvat kunnat siten kuin kuntien välisestä vastuunjaosta on sovittu sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perussopimuksessa sekä vuositain tarvittavasta rahoituksen kokonaismäärästä järjestämispäätöksessä ja sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän talousarviossa.

Kunnat osallistuisivat pykälän 2 momentin mukaan 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. Näiden kahden tekijän huomioon ottaminen olisi pakollista.

Lisäksi kunnat voisivat sopia, että rahoituksen jakautumisessa otetaan huomioon myös peruspalvelujen valtionosuuden laskennallisiin kustannuksiin vaikuttavia tekijöitä. Näistä on säädetty edellä mainitun valtionosuuslain ovat edellä mainitun lain 8–13 §:ssä ja niitä ovat muun muassa vieraskielisyys, kaksikielisyys, saaristoisuus ja asukastiheys. Kuntien päätöksen perusteella voitaisiin ottaa huomioon myös valtionosuuden lisäosan määräytymisperusteet. Näistä on säädetty valtionosuuslain 6 luvussa ja niitä ovat muun muassa syrjäisyys, työpaikkaomavaraisuus ja saamelaisten kotiseutualue.

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

Pykälän 1 momentin perusteella tuottamisvastuun aiheuttamat kustannukset katetaan sosiaali- ja terveysalueen suorittamalla korvauksella. Korvauksen suuruus määräytyy järjestämispäätöksen perusteella. Järjestämispäätöksessä määritellään ne kriteerit, joita noudatetaan kaikkien tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien kohdalla. Koska sosiaali- ja terveysalueen olosuhteet ja niistä aiheutuvat kustannustekijät voivat vaihdella merkittävästi, on järjestämispäätöksessä mainittujen kriteerien lisäksi otettava huomioon alueelliset tekijät. Näistä voidaan neuvotella erikseen sosiaali- ja terveysalueen ja kunkin tuottamivastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän kesken.

Pykälän 2 momentin perusteella tuottamisvastuussa oleville kunnille ja kuntayhtymille suoritettavien korvausten yhtenäiset perusteet tulisi määritellä siten, että rahoituksessa otetaan huomioon palvelujen tarve tuottamisvastuussa olevassa kunnassa tai kuntayhtymässä. Lisäksi korvausperusteessa tulee ottaa huomioon palvelutuotannon vakuttavuus- ja tehokkuusvaatimukset. Sosiaali- ja terveysalueen tulee määritellä nämä tekijät järjestämispäätöksessä 12 §:n 2 momentin 12 kohdan perusteella.

35 §. *Alijäämän kattaminen.* Pykälässä säädetään velvollisuudesta kattaa sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja 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 kunta tai kuntayhtymä on järjestänyt hoito- ja hoivapalveluja henkilölle, joka ei ole kyseessä olevan kunnan tai kuntayhtymään kuuluvan kunnan asukas.

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

Pykälän 1 momentin mukaan silloin, jos henkilö olisi hoidettavana sellaisessa sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikössä, jota ylläpitää muu kuin henkilön kotikunnan mukainen kunta tai kuntayhtymä, tuottamisvastuussa oleva henkilön kotikunta tai 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 säädetyin edellytyksin maksu, joka vastaa enintään hoitopalvelun järjestämisestä aiheutuneiden kustannusten määrää vähennettynä palvelun käyttäjältä perityllä asiakasmaksulla.

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

Valtion koulutuskorvaukset

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

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin pääperiaatteet lääkärien ja hammaslääkärien perus- ja erikoistumiskoulutuksen korvaamisesta yliopistolliselle sairaalalle. Peruskoulutuksen korvaus laskettaisiin lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Erikoistu-

miskoulutuksen 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 kustannuksiin. 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 yliopistolaissa (558/2009) tarkoitetuissa yliopistoissa suoritettavista erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista, jotka ovat yliopistojen ammatillisia jatkotutkintoja. Koulutusvastuun tarkemmasta jakautumisesta yliopistojen kesken ja koulutusohjelmista sekä siitä, mitä koulutusohjelmia kussakin yliopistossa on, säädetään yliopiston esityksestä opetusministeriön asetuksella.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjaus on tarkoitus siirtää sosiaali- ja terveysministeriöön, joka vastaa terveyspalvelujärjestelmästä kokonaisuutena. Valtioneuvosto päätti 15.12.2011 hyväksyessään Koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelman 2011–2016 siirtää erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjauksen opetus- ja kulttuuriministeriöstä sosiaali- ja terveysministeriöön sekä selkeyttää koulutuksen rahoitusta osana lääkäreiden ja hammaslääkäreiden valtion 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 erikoishammaslääkärikoulutuksesta säädettäisiin tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella vastaavaan tapaan kuin voimassaolevassa valtioneuvoston asetuksessa. Yliopistot vastaisivat jatkossakin koulutuksen sisällöstä ja sen kehittämisestä. Nämä muutokset on tarkoitus toteuttaa erillisenä lainsäädäntöhankkeena siten, että ne tulisivat voimaan vuoden 2015 alusta.

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

rikoulutuksen järjestämisestä ja koordinoinnista.

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 terveysalue 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 tarkoitetut muut kuin kunnalliset palvelujen tuottajat, joille koulutuskorvausta olisi mahdollista maksaa. Asetuksella säädettävistä yksiköistä kysymykseen tulisivat pitkäaikaista, vakiintunutta ja korkeatasoista terveystieteellistä tutkimustoimintaa harjoittaneet terveydenhuollon toimintayksiköt, joissa on mahdollista järjestää pitkäjänteistä koulutustoimintaa ja joita yliopistot ovat vakiintuneesti käyttäneet lääkärikoulutukseen. Kyseiset toimintayksiköt saavat huomattavan osan toimintansa rahoituksesta kuntien ja kuntayhtymien niiltä hankkimista palveluista ja toiminnalla on valtakunnallista merkitystä terveyspalvelujärjestelmän kannalta. Voimassa olevan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasoisen 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 kuntoutuskeskus, Orton Oy, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutussäätiön ylläpitämä Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuron, Suomen Punaisen Ristin ylläpitämä SPR Veripalvelu, TAYS Sydänkeskus Oy sekä Tekonivelsairaala Coxa Oy.

Pykälän 3 momentissa tarkoitettu korvaus perustuu koulutuksessa olevien ja koulutuskuukausien määrään. 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 tarkoitetun 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. Harjoitteluaika ei kuitenkaan ole sidoksissa perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen aikaan. Jos Valvira edellyttää pidempää harjoittelujaksoa, on tarkoituksenmukaista maksaa korvausta koko vaadittavalta harjoitteluajalta. Usein Euroopan talousalueen ulkopuolisen maan kansalaisilla on ollut vaikeuksia löytää vaadittavia harjoittelupaikkoja ammatinharjoittamisluvan tai -oikeuden saamiseksi ja valtion korvauksen maksaminen harjoitteluajalta helpottaa harjoitteluun pääsemistä.

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

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

Laillistuksen edellytyksenä hammaslääkäreiltä edellytetty käytännön palvelu muutettiin 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 lääkärien ja hammaslääkärien koulutukseen maksettaisiin kuitenkin aiemman käytännön mukaisesti myös Ahvenanmaan maakunnassa sijaitseville julkisille terveydenhuollon palvelun tuottajille.

Valtion korvaus tutkimustoimintaan

40 §. *Terveydenhuollon tutkimustoimikunta.* Ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveysalue asettaisi alueelleen nelivuotiskaudeksi yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen tutkimustoimikunnan mahdollisine jaostoineen. Tutkimustoimikunnassa olisi monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä.

41 §. *Yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen rahoitus.* Pykälän 1 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriö määrittelisi yhteistyössä 40 §:ssä tarkoitettujen tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasoisen 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.

Yliopistotasoiseen 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 yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen rahoituksen määrä vahvistetaan vuosittain valtion talousarviossa, ei tutkimusrahoituksen jakautumista voida määritellä euromääräisenä neljäksi vuodeksi eteenpäin. Ministeriö päättäisi tutkimusrahoituksen jakautumisesta sosiaali- ja terveysalueille prosenttiosuuksina kunakin vuonna käytettävissä 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.

Tutkimustoimikunta päättäisi pykälän 3 momentin mukaan tutkimusrahoituksen myöntämisestä alueellaan hakemusten perusteella. Terveyden tutkimuksen rahoitusta voisivat hakea terveydenhuollon toimintayksikköä ylläpitävä kunta tai 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. Kysymykseen tulisivat pitkäaikaista, vakiintunutta ja korkeatasoista terveystieteellistä tutkimustoimintaa harjoittaneet terveydenhuollon toimintayksiköt, joissa on mahdollista järjestää pitkäjänteistä koulutustoimintaa ja joita yliopistot ovat vakiintuneesti käyttäneet lääkärikoulutukseen. Kyseiset toimintayksiköt saavat huomattavan osan toimintansa rahoituksesta kuntien ja kuntayhtymien niiltä hankkimista palveluista, ja toiminnalla on valtakunnallista merkitystä terveyspalvelujärjestelmän kannalta. Yliopistotasoisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa 1125/2013.

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

42 §. *Valtakunnallinen terveyden tutkimuksen arviointiryhmä.* Pykälässä säädetään terveyden tutkimuksen arviointiryhmästä. Sosiaali- ja terveysministeriö asettaisi valtakunnallisen yliopistotasoisen 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. Esityksen mukaan aluehallintovirasto ja Ahvenanmaan valtionvirasto maksaisivat valtion koulutuskorvauksen.

Tutkintojen ja opinnot aloittaneiden opiskelijoiden määrään perustuva koulutuskorvaus maksettaisiin yliopistollisen sairaalan yl-

läpitäjälle ja erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta järjestävälle yliopistolle ilman eri hakemusta sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen perusteella ja koulutuskuukausiin perustuva korvaus puolivuosittain 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 liittyvissä asioissa noudatetaan soveltuvin osin valtionavustuslain säännöksiä. Kyseeseen tulisivat valtionavustuslain 20 §:n 1 momentin säännös valtionavustuksen palauttamisesta, 21 § valtionavustuksen 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 kalenterivuosittain sosiaali- ja terveysministeriölle suoritettujen lääkäri- ja hammaslääkäritutkintojen sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkintojen määrän. Opinnot aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärä perustuisi Opetushallituksen ylläpitämään tilastoon, joka julkaistaan internetsivulla 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 §. *Kunnan tai kuntayhtymän tilojen käyttäminen koulutus- ja tutkimustoimintaan.* Pykälässä säädetään terveydenhuoltolain 65 §:n mukaisesti terveydenhuollon tilojen käytöstä koulutus- ja tutkimustoimintaan. Sen 1 ja 2 momentissa säädettäisiin yliopiston ja muun sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjän oikeudesta käyttää tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän sairaaloita ja muita toimintayksiköitä 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 kunnan tai kuntayhtymän kesken.

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

Pykälän 4 momentin mukaan tuottamisvastuussa olevalla kunnalla ja 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 välttämätöntä sijoittaa sosiaali- ja terveysalueen toimintayksikköön. Jos toiminta voitaisiin vaikeuksitta järjestää muuallakin, ei kyseessä olisi

säännöksessä tarkoitettu välttämättömyys. Säännöksessä tarkoitetaan sellaisia koneita, laitteita ja huonetiloja, jotka liittyvät kiinteästi sairaalan tai toimintayksikön toimintaan, eikä koulutus- ja tutkimustoimintaa olisi tarkoituksenmukaista järjestää muualla.

Pykälän 5 momentin mukaan tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän palveluksessa olevat terveydenhuollon ammattihenkilöt olisivat velvollisia osallistumaan terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoimintaan siten, kuin siitä on kunnan tai 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 maksettavan korvauksen ja koulutuskuukaudesta maksettavan korvauksen mukaan. Tutkintokorvauksen ja koulutuskuukaudesta maksettavan korvauksen määrät määriteltäisiin vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Korvauksen määrä voi vaihdella vuosittain tarkoitukseen varatun määrärahan sekä tutkintojen ja koulutuskuukausien määrän mukaan.

Pykälän 2 momentin mukaan yliopistollisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan painoalueista ja tavoitteista sekä tutkimusrahoituksen jakamisen muista perusteista ja menettelystä sekä valtakunnallisen arviointiryhmän asettamisesta, kokoonpanosta ja tehtävistä säädettäisiin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Nykyinen sosiaali- ja terveysministeriön asetus yliopistotasoisen 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 yliopistotasoisen 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 kuntien ja 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 kuntien ja kuntayhtymien toiminnan ja niiden järjestämien ja tuottamien palvelujen lainmukaisuuden valvonnasta ja valvontaan liittyvästä ohjauksesta. Valviralle kuuluu puolestaan aluehallintovirastojen toiminnan ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaisuuden ohjaus sekä valvontaan liittyen 2 momentissa erikseen määriteltyjen valvonta-asioiden käsittely. Valviran vastuulle säädettäisiin voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti sellaiset valtakunnallisesti merkittävät asiat, joissa on 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 ole-

massa säännöksiä tai valtakunnallisia suosituksia. Periaatteellisesti tärkeitä ja laajakantoisia asioita voivat olla myös esimerkiksi merkittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen liittyvät muutokset.

Lisäksi Valviralle kuuluisivat usean aluehallintoviraston toimialuetta koskevat asiat. Tällöin vältetään tilanne, jossa syntyy epätietoisuutta siitä, minkä aluehallintoviraston toimivaltaan asia kuuluu. Valvira käsittelisi myös asiat, joissa aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään asiaa. Edellä mainittujen asioiden ohella Valviran toimivaltaan kuuluisivat asiat, jotka liittyvät olennaisesti virastossa muulla perusteella käsiteltävään sosiaalihuoltoa tai terveydenhuoltoa taikka terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevaan asiaan. Säännös mahdollistaa tällaisten asioiden käsittelyn kokonaisuutena.

Pykälän 3 momentin perusteella Valviran ja aluehallintovirastojen tarkemmasta työnjaosta 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 valvontatapahtumiin perustuvien tarkastuskäyntien lisäksi kuntiin ja kuntayhtymiin myös sellaisia käyntejä, jotka eivät liity jonkin ilmi tulleen tai epäillyn epäkohdan selvittämiseen. Tällaiset ennakolliset ohjaus- ja arviointikäynnit ovat saattaneet perustua esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön ja valvontaviranomaisen väliseen tulossopimukseen. Tällaisista käynneistä on sovittu etukäteen kunnan tai kuntayhtymän kanssa.

Edellä kuvatut ohjaus- ja arviointikäynnit ovat osoittautuneet hyödyllisiksi sekä kuntien että valvontaviranomaisten kannalta. Ne ovat osaltaan tukeneet valvontaohjelmien toteuttamista ja monissa tapauksissa myös uuden lainsäädännön voimaantuloon liittyvää koulutus- ja ohjaustehtävää. Säädettävään lakiin ehdotetaan nyt otettavaksi säännökset tällaisista ohjaus- ja arviointikäynneistä. Säännöksen perusteella selkeytetään valvontaviranomaisten valvottavan luo eri tarkoituksissa tekemien käyntien asemaa. Pykälässä tarkoitettuihin ohjauskäynteihin ei liity sellaista jälkivalvonnallista elementtiä kuin valvontatarkoituksessa tehtyihin tarkastuksiin ja vastaaviin käynteihin.

Ehdotettavan 1 momentin perusteella aluehallintovirastot ja Valvira voivat tehdä sosiaali- ja terveysalueille sekä tuottamisvastuussa oleviin kuntiin ja 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 asianomaisen sosiaali- ja terveysalueen sekä kunnan ja 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, erikoissairaanhoitolaissa ja sosiaalihuoltolaissa olevia säännöksiä.

Pykälän 1 momentin mukaan Valvira ja aluehallintovirasto voisivat tarkastaa sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kunnan ja 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 te-

kemään tarkastuksen. Myös tällöin tarkastuksen tekemiseen tulee olla perusteltu syy.

Tarkastus olisi voitava tehdä myös ennalta ilmoittamatta. Hallintolain 39 §:n 1 momentin mukaan viranomaisen on ilmoitettava toimivaltaansa kuuluvan tarkastuksen aloittamisajankohdasta asianosaiselle, jota asia välittömästi koskee, jollei ilmoittaminen vaaranna tarkastuksen tarkoituksen toteutumista. Ehdotetun pykälän mukaiset tarkastustilanteet ovat usein luonteeltaan sellaisia, että etukäteen ilmoittaminen voisi vaarantaa tarkastuksen tarkoituksen toteutumisen. Pykälän 1 momenttiin ehdotetaan sen vuoksi 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. Joissakin tapauksissa saattaa myös olla tarpeen, että tarkastusta suorittavalla Valviran tai aluehallintoviraston virkamiehellä on mukanaan ulkopuolinen asiantuntija tai asiantuntijoita. Pykälään ehdotetaan siksi otettavaksi selventävä säännös asiantuntijoiden käyttömahdollisuudesta.

Pykälän ehdotetun 3 momentin mukaan tarkastuksesta olisi pidettävä pöytäkirjaa. Säännökseen ehdotetaan lisäksi otettavaksi valtuutussäännös, jonka perusteella tarkastuksessa huomioon otettavista seikoista, tarkastusmenettelystä sekä tarkastuksessa pidettävästä pöytäkirjasta, sen säilyttämisestä ja säilyttämisajasta voitaisiin tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä valtioneuvoston asetuksella.

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, erikoissairaanhoitolakiin 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 kunnan tai kuntayhtymän vastuuta edellä mainittujen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen asianmukaisesta järjestämisestä. Valvira ja aluehallintovirastot voisivat pykälän 2 momentin perusteella velvoittaa sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän noudattamaan asetettuja kieltoja tai määräyksiä sakon uhalla. Sakon uhan ohella käytettävissä olisi toiminnan keskeyttäminen tai käyttökielto.

Jos Valvira tai aluehallintovirasto tekee pykälässä tarkoitetun päätöksen toiminnan keskeyttämisestä tai käyttökiellosta asiakas- tai potilasturvallisuuden perusteella, tällaista päätöstä on ehdotetun 3 momentin mukaan noudatettava mahdollisesta muutoksenhausta huolimatta. Näin siksi, että muussa tapauksessa olisi mahdollista, että muutoksenhaku-

asian käsittelyn aikana asiakas- tai potilasturvallisuus edelleen vaarantuisi. Muutoksenhakuviranomainen voisi kuitenkin päättää valvontaviranomaisen antaman päätöksen toimeenpanon keskeyttämisestä.

Lääkelain (395/1987) mukaan Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) vastaa yksin lääkelain 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 kehotus*. Pykälässä säädettäisiin 50 §:ssä tarkoitettuja toimenpiteitä lievemmistä valvontaviranomaisen toimenpiteistä, eli Valviran ja aluehallintoviraston mahdollisuudesta antaa valvottaville niin kutsuttua hallinnollista ohjausta tai kehotus 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 riittävinä. Käsityksen ilmaisemisen ja huomion kiinnittämisen tarkoituksena on ohjata valvottavaa toimimaan lain edellyttämällä tavalla ja ottamaan tulevassa toiminnassaan huomioon hyvän hallinnon vaatimukset. Myös huomautus annettaisiin vastaisen varalle ja sen tarkoituksena on huomion kiinnittämistä moittivammin ohjata lainvastaisesti toiminutta siten, etteivät todetut virheellisyydet toistuisi. Säännökset vastaisivat huomion kiinnittämisen ja huomautuksen osalta esimerkiksi kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoitolaissa ja sosiaalihuoltolaissa nykyisin olevia säännöksiä. Pykälään on katsottu perustelluksi ottaa säännökset myös käsityksen ilmaisemisesta ottaen huomioon, että se mainitaan myös hallintolain (434/2003) muuttamisesta annetussa hallituksen esityksessä (HE 50/2013 vp.) hallintokantelun johdosta annettavaa hallinnollista ohjausta koskevissa säännöksissä.

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

Koska pykälän 1 momentissa tarkoitetut toimenpiteet olisivat lähinnä viranomaisen tai viran tai toimenhaltijan toimintaa ohjaavia kannanottoja, pykälän 2 momenttiin ehdotetaan otettavaksi selventävä säännös, jonka mukaan pykälän mukaiseen Valviran tai aluehallintoviraston antamaan hallinnolliseen ohjaukseen tai kehotukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Säännöksestä ilmenevä periaate vastaa korkeimman hallinto-oikeuden oikeuskäytäntöä ja olisi sama kuin muun muassa hallintolakiin lisättäväksi ehdotettujen, hallinnollista ohjausta koskevien säännösten, samoin kuin eduskunnan oikeusasiamiehen ja valtioneuvoston oikeuskanslerin antaman hallinnollisen ohjauksen kohdalla.

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

aihetta. Esimerkiksi valvontaviranomaisille tehtyjen ilmoitusten perusteella vireille tulleet asiat poikkeavat käytännössä merkittävästi toisistaan vakavuudeltaan ja muulta merkitykseltään. Tarkoitus on, että Valvira ja aluehallintovirastot harkitsevat tapauskohtaisesti, millaisia toimenpiteitä kukin valvonta-asia edellyttää.

Valvonta-asian käsittelymenettely jakautuisi ehdotetun säännöksen mukaan menettelyllisesti kahteen osaan. Valviran tai 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 tekemänsä alustavan arvion perusteella niihin toimenpiteisiin, joihin se katsoo edellä mainittujen seikkojen varmistamiseksi olevan aihetta. Valittavien toimenpiteiden ja niiden laajuuden osalta valvovan viranomaisen harkintavallan olisi tarkoitus olla laaja. Valvontaviranomainen voisi esimerkiksi hankkia asiassa tarvittaessa selvitystä puhelimitse ja laatia sen perusteella muistion, tai hankkia asiaan liittyviä asiakirjoja taikka selvitystä valvottavalta ja muilta tahoilta kirjallisilla selvitys- tai lausuntopyynnöillä. Jos asiasta tehtävän alustavan kokonaisarvion perusteella ei olisi syytä epäillä asiakas- tai potilasturvallisuuden vaarantumista tai sellaista lainvastaista menettelyä tai velvollisuuden laiminlyöntiä, joka edellyttää valvontaviranomaisen puuttumista asiaan, ei asia lähtökohtaisesti antaisi aihetta enempiin toimenpiteisiin. Säännös vastaisi hallintolaissa säädettäväksi ehdotettuja hallintokantelun käsittelysäännöksiä.

Pykälän 2 momenttiin ehdotetaan otettavaksi säännös siitä, että Valvira ja aluehallintovirastot eivät tutki kahta vuotta vanhempaan tapahtumaan perustuvaa valvonta-asiaa, ellei siihen ole erityistä syytä. Valvonnan tosiasiallinen vaikuttavuus ja tehokkuus vähenevät merkittävästi tutkittavien asioiden vanhentuessa. Vanhojen asioiden selvittäminen on usein epätarkoituksenmukaista. Ajan kuluminen vaikuttaa myös mahdollisuuksiin selvittää asia luotettavasti. Se vaikuttaa vastaavasti heikentävästi valvonnan kohteen oikeusturvaan. Ehdotettu kahden vuoden vanhentumisaika ei olisi ehdoton, vaan määräajasta voitaisiin poiketa, jos siihen on erityisiä syitä. Säännös vastaisi hallintolain hallintokantelun vanhentumisaikaa samoin kuin eduskunnan oikeusasiamiehen ja valtioneuvoston oikeuskanslerin käsittelemien kanteluasioiden vanhentumisaikaa koskevia säännöksiä. Pykälän 3 momenttiin otettaisiin luonteeltaan informatiivinen säännös, jossa viitattaisiin muistutus- ja kantelumenettelyä koskeviin hallintolain, potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain säännöksiin.

53 §. *Valvontaviranomaisen tiedonsaantioikeus.* Pykälässä säädetään kuntien ja kuntayhtymien 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 kuntia ja kuntayhtymiä.

8 Luku **Erinäiset säännökset**

54 §. *Varautuminen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin.* Pykälän 1 momentissa säädettäisiin sosiaali- ja terveysalueen velvollisuudesta varautua yhteistyössä alueensa kuntien ja kuntayhtymien kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon toimenpiteitä edellyttäviin häiriötilanteisiin ja suuronnettomuuksiin. Lisäksi 1 momentissa todetaan velvollisuus laatia valmiuslain (1552/2011) 12 §:n mukainen valmiussuunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan ja jatkuvuuden varmistamiseksi myös poikkeusoloissa.

Säännöksen tarkoituksena on selkeyttää suunnitteluvastuita ja ohjata varautumista ja valmiussuunnittelua alueellisella pohjalla tapahtuvaksi. Alueellinen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyönä tapahtuva varautuminen ja valmiussuunnittelu tehostavat varautumista normaaliolojen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. Tämä edistää sosiaali- ja terveydenhuollon kapasiteetin ja voimavarojen sekä erityis- ja asiantuntijapalvelujen yhteiskäytön etukäteissuunnittelua. Alueellisen sosiaali- ja

terveydenhuollon valmiussuunnittelun laatimisen tulee tapahtua alueen kuntien ja 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 vastuukunnan tai kuntien 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 saadaan avuksi muualta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, terveydenhuollon tarvikkeita ja laitteita sekä lääkkeitä. Potilaita saatetaan joutua myös siirtämään hoidettavaksi muualle, mikä usein edellyttää ilmateitse tapahtuvan lääkinnällistä evakuointivalmiutta. Tulevaisuudessa voi tulla tarve nimetä valtakunnallisia toimijoita esimerkiksi varautumisen yhteisten tietojärjestelmien kehittämiseen ja ylläpitoon sekä muihin mahdollisiin varautumisen toimintoihin.

Ehdotettu 54 § vastaa terveydenhuoltolaissa nyt olevaa 38 §:ää. Säännöstä on täydennetty siten, että se kattaa myös sosiaalihuollon.

55 §. *Toimivalta häiriötilanteissa.* Pykälässä säädetään viranomaisten toimivaltuuksista kahta tai useampaa tuottamisvastuussa olevaa kuntaa tai kuntayhtymää tai sosiaali-ja terveysalueetta koskevissa häiriötilanteissa. Tällä hetkellä ei ole säännöksiä siitä, miten tällaisten laaja-alaisten häiriötilanteiden toiminta järjestetään ja kellä on johtamis- ja koordinaatiovastuu toiminnasta. Pykälässä ehdotetaan säädettäväksi menettely, jossa sosiaali- ja terveysalue tai sosiaali- ja terveysministeriö voisi osoittaa johtamis- ja koordinaatiovastuun jollekin sellaiselle tuottamisvastuussa olevalle kunnalle tai kuntayhtymälle, jonka toimintaan häiriötapahtuma välittömästi vaikuttaa. Johto- ja koordinaatiovastuun antaminen pääsääntöisesti jollekin tuottamisvastuussa olevalle kunnalle tai kuntayhtymälle on perusteltua sen vuoksi, että se vastaa omalta osaltaan toiminnasta ja joutuu joka tapauksessa huolehtimaan oman henkilöstönsä ja resurssien käytön kohdentamisesta. Lain 54 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 kuntaa tai kuntayhtymää. Tällaisessa tilanteessa sosiaali- ja terveysalue voi määrätä jonkun tuottamisvastuussa olevista kunnista tai kuntayhtymistä johtamaan ja koordinoimaan toimintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Vastaavasti pykälän 2 momentin mukaan alueellisesti laajoissa kahta tai useampaa sosiaali- ja terveysaluetta koskettavissa häiriötilanteissa sosiaali- ja terveysministeriö voisi määrätä yhden tuottamisvastuussa olevan kunnan tai kuntayhtymän johtamaan ja koordinoimaan tilannetta sosiaali- ja terveydenhuollon osalta. Erityisen merkittävissä 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 tietoverkkoihin liittyvät häiriötilanteet tai useaa

sosiaali- ja terveysaluetta koskettavat 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 tuottamisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä tarvitsevat ajan tasalla olevaa tilannekuvaa johtaessaan sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilannetta. Sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kunnan tai 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.

56 §. *Järjestämisvastuun siirtyminen eräissä tapauksissa*. Pykälässä ehdotetaan säädettäväksi sosiaali- ja terveysalueiden välisestä palvelujen järjestämisvastuusta niissä tapauksissa, joissa henkilö käyttää kotikuntalain (201/1994) 3 a §:ssä säädettyä oikeuttaa valita kotikunta. Näissä tapauksissa palveluja koskeva järjestämisvastuu 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, laitoshoitoon tai asumispalvelujen avulla järjestettyyn asumiseen toisen kunnan alueelle ja hän käyttää kotikuntalain mukaista kotikunnan valintaoikeuttaan, palveluja koskeva järjestämisvastuu siirtyy muuttopäivästä lukien sille sosiaali- ja terveysalueelle, johon uusi kotikunta kuuluu. Jos sekä entinen että uusi kotikunta kuuluisivat samaan alueeseen, ei muutto vaikuttaisi järjestämisvastuuseen.

Henkilön sijoitus voisi perustua myös muun kuin kunnallisen viranomaisen päätökseen. Näin ollen myös esimerkiksi valtion mielisairaalassa hoidettavana olevalla henkilöllä olisi kotikuntaa koskeva valintaoikeus, vaikka hänet olisi sijoitettu sairaalaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen päätöksen perusteella. Myös näissä tilanteissa on perusteltua, että palvelujen järjestämisvastuu siirtyy uuden kotikunnan mukaiselle alueelle.

Uuden kotikunnan mukaisen sosiaali- ja terveysalueen järjestämisvastuu 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 kotikuntalaissa säädetyllä tavalla. Kotikuntalain 7 §:n mukainen ilmoitusvelvollisuus on sidottu muuttopäivän ajankohtaan siten, että ilmoitus maistraatille on tehtävä aikaisintaan kuukautta ennen muuttopäivää ja viimeistään viikon kuluttua muuttopäivästä. Kotikuntalain 3 a §:ssä tarkoitetussa tilanteessa henkilö on kuitenkin hänen kotikuntansa jo aiemmin tekemän päätöksen perusteella tosiasiallisesti muuttanut toisen kunnan alueelle. Näin ollen velvollisuutta muuttoilmoituksen tekemiseen ei voitaisi sitoa edellä mainituin tavoin tosiasiallisen muuton ajankohtaan, mutta henkilön kotikunnan muuttumisen edellytyksenä kuitenkin olisi, että hän tekee muuttoilmoitusta vastaavan ilmoituksen maistraatille. Kotikuntalain 7 §:n 1 momentissa säädetään tarkemmin ilmoitusvelvollisuudesta näissä tilanteissa.

Ehdotetun järjestämislain 56 §:ssä säädetään järjestämisvastuun 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 kunnalle tai 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-aluetta 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 lisä-

kustannuksista, vaikutus vaihteli 6 100 ja 340 000 euron välillä. Kustannusvastuun siirtymisen merkitys tulee lisäksi pienenemään järjestämisvastuun 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 § on tarkoitus kumota järjestämislain säätämisen yhteydessä.

57 §. *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, laitoshoitoa tai asumispalveluita, olisi pykälän 1 momentin perusteella oikeus hakea palveluja kyseiseltä kunnalta tai kunnan mukaiselta kuntayhtymältä samoin perustein kuin kunnan tai kuntayhtymään kuuluvan kunnan asukkaalla. Sosiaalihuoltolain nykyisessä 16 a §:ssä käytetty termi ”itsenäinen asuminen” on epätarkoituksenmukainen, eikä sitä enää käytettäisi nyt ehdotettavassa pykälässä.

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

Terveyden 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. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpaperi 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 ainakaan 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 tekohetkellä, 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 muuttu-

massa 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.

Uusi kotikunta tai sen mukainen kuntayhtymä vastaisi jatkossa normaalien periaatteiden mukaisesti henkilön tarvitsemien palvelujen tuottamisesta. Uusi kunta tai kuntayhtymä voisi myös myöhemmin arvioida henkilön palvelutarvetta uudelleen ja sijoittaa hänet palvelutarvettaan 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 terveyspalveluja koskevaa erityislakia. Sosiaalipalvelujen tarpeen arvioinnista kiireellisissä tapauksissa säädetään sosiaalihuoltolain 40 a §:ssä. Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987) 3 a §:ssä säädetään erikseen palvelutarpeen selvittämisestä ja palvelusuunnitelman tekemisestä. Jos tämäntyyppiset erityissäännökset ovat sovellettavissa hakijaan, tulee niitä luonnollisesti noudattaa.

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 säädettäväksi tarkemmin, vaan asiaa tulisi arvioida tapauskohtaisesti. Selvimmissä yksittäistapauksissa riittävä yhteistyö saattaisi toteutua viranomaisten välisellä tietojen vaihdolla. Hakemusasian liitteeksi voitaisiin myös edellyttää hakijan palvelusuunnitelma tai muu jo olemassa oleva aineisto, jota voitaisiin käyttää hyödyksi asian ratkaisussa. Sen kunnan tai 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 kunnan tai 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 kunnalle tai kuntayhtymälle ja asian käsittely on vielä kesken. Hakemusmenettelyn valvonnan varmistamiseksi ehdotetaan, että sen tahon, jolle hakemus on tehty, tulee välittömästi ilmoittaa asiasta hakijan kotikunnalle tai sen 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 säädettäisiin tarkemmin menettelystä sen jälkeen, kun tuottamisvastuussa oleva kunta tai 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 vaikeutuisi. Määräaika on katsottu voitavan säätää lyhyeksi myös siitä syystä, että tähän menettelyyn hakeutuvat henkilöt ovat käytännössä usein jo pitkään valmistautuneet vaihtamaan kotikuntaansa, jolloin heillä on palvelutarpeen arvioinnin ja päätöksenteon jälkeen hyvät edellytykset päättää asiasta lopullisesti.

Hakijan tulisi lisäksi kolmen kuukauden määräajassa päätöksen tiedoksi saamisesta tosiasiallisesti muuttaa osoitettuun hoitopaikkaan. Muuttajan ilmoitusvelvollisuus on kotikuntalain 7 §:n nojalla sidottu muuttopäivään siten, että ilmoitus muutosta tehdään maistraatille aikaisintaan kuukautta ennen muuttopäivää ja viimeistään viikon kuluttua muuttopäivästä. On tärkeää huomata, että tämä henkilön oma menettely olisi edellytyksenä sille, että hänen kotikuntansa todella muuttuisi ja että myös hänen tarvitsemiaan palveluja koskeva tuottamisvastuu siirtyisi päätöksen tehneelle kunnalle tai 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.

58 §. *Terveydenhuollon järjestäminen eräissä tapauksissa*. Pykälässä mainittu velvoite rinnastaa eräät kolmansista maista tulleet työntekijät terveydenhuollon osalta kunnan asukkaisiin. Säännös johtuu Euroopan Unionissa hyväksytyistä direktiiveistä. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/98/EU, jäljempänä yhdistelmälupadirektiivi edellyttää yhdenvertaisen kohtelun toteuttamista eli direktiivin tarkoittamia työntekijöitä on kohdeltava yhdenvertaisesti jäsenvaltion omien kansalaisten kanssa muun muassa terveydenhuollossa. Säännöksen mukaan kunnan asukkaaseen rinnastettaisiin direktiivin soveltamisalaan kuuluvat henkilöt, jotka ovat Suomessa työ-, virka- tai muussa palvelussuhteessa tai jotka on vähintään kuusi kuukautta sellaisessa oltuaan rekisteröity työttömiksi työnhakijoiksi. Säännös on tarpeen, jotta myös tilapäisesti maassa oleskelevat työntekijät olisivat oikeutettuja kunnallisiin terveydenhuoltopalveluihin samoin perustein kuin kotikuntalain mukaiset kunnan asukkaat.

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

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

Pykälän 1 momentissa säädetään kuitenkin, että henkilötietolain 3 ja 4 §:ssä tarkoitettu rekisterinpitäjä onkin sosiaali- ja terveysalue sen järjestämisvastuulle kuuluvassa toiminnassa syntyneille sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjoille. Järjestämisvastuussa olevan sosiaali- ja terveysalueen rekisterinpitäjyyttä puoltavat muun muassa yhteisten rekisterien sisällä joustavasti mahdollistuva sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkon ja palveluntuottajien välisen työnjaon kehittäminen sekä säädökset ja vakiintuneet käytännöt, joissa järjestämisvastuullinen toimija toimii tietojen

rekisterinpitäjänä. Tästä esimerkkinä on laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009). Sosiaali- ja terveysalue toimisi täten rekisterinpitäjänä myös tapauksissa, joissa palvelut hankitaan ostopalveluna tai palvelusetelillä yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta.

Asiakas- ja potilasasiakirjojen käsittelyyn sovelletaan muutoin mitä niistä säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000), potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007, jäljempänä *asiakastietolaki*), viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetussa laissa (621/1999) ja henkilötietolaissa (523/1999). Näissä laeissa on säädetty muun muassa asiakas- ja potilastietojen ja niitä sisältävien asiakirjojen salassapidosta ja tietojen käsittelystä. Tietojen käsittelylle pitää 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 kuntien ja 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 tuottaneen toimijan kanssa säilytykseen liittyvistä järjestelyistä tarkoituksenmukaisimmalla tavalla.

Pykälän 3 momentissa säädetään asiakas- ja potilasasiakirjamerkintöjä laativien vastuusta. Asiakirjat laaditaan tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien omassa toiminnassa sekä myös yksityisten palvelujen tuottajien toiminnassa silloin kun niitä on hankittu ostopalveluna tai palvelusetelillä. Henkilötietolain perusteella rekisterinpitäjän tulee huolehtia henkilötietojen käsittelyä 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 kuntien ja 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 vaatimuksiin ja palveluja tuottavien yksiköiden vastuu puolestaan liittyisi 2, 3 ja 6 lukujen mukaisiin 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 kunnan ja 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.

60 §. *Henkilöstön ammattitaidon ylläpito*. Pykälä velvoittaa sosiaali- ja terveysaluetta sekä tuottamisvastuussa olevia kuntia j akuntayhtymiä huolehtimaan henkilöstön täydennyskoulutuksesta. Säännös velvoittaa huolehtimaan siitä, että sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu koulutuksensa, tehtäviensä, työn vaativuuden ja toimenkuvan perusteella riittävässä määrin koulutukseen siten, että se ylläpitää ja kehittää työntekijöiden ammattitaitoa ja osaamista. Mikäli työntekijöiden tehtäviä ja vastuuta muutetaan, on myös tämä otettava huomioon täydennyskoulutusta järjestettäessä. Täydennyskoulutuksen rahoitusvastuu on työnantajalla. Silloin kun palveluja ostetaan yksityiseltä palvelujen tuottajalta, sillä on rahoitusvastuu henkilökuntansa täydennyskoulutuksesta.

Lainkohdassa olevan valtuutussäännöksen perusteella sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkemmat säännökset täydennyskoulutuksen sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista.

Ehdotettua pykälää osin vastaavat säännökset ovat tällä hetkellä muun muassa terveydenhuoltolain 4 ja 5 §:issä, joissa säädetään terveydenhuollon toimintaedellytyksistä ja henkilöstöstä.

61 §. *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 (586/1996). Säännös koskisi siten sekä valtioneuvostoa että aluehallintovirastoa ja Valviraa. Valtioneuvoston päätökseen haetaan muutosta korkeimmalta hallinto-oikeudelta. Aluehallintoviraston ja Valviran päätökseen haetaan muutosta hallinto-oikeudelta.

62 §. *Voimaantulo*. Ehdotuksen mukaan lain voimaantulosta säädetään lailla.

1.2 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaanpanosta

1 §. *Voimaantulo*. Pykälässä säädetään järjestämislain voimaantulon ajankohta. Ehdotuksen mukaan laki tulisi voimaan päivänä kuuta 2015.

Pykäkän 2 momentin perusteella lain mukaisten sosiaali- ja terveysalueiden järjestämisvastuu ja tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien tuottamisvastuu alkaa 1 päivänä 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 tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät tulee kuitekin perustaa jo aiemmin vuosina 2015 tai 2016 siten, että ne voivat ottaa vastaan järjestämisvastuun ja tuottamisvastuun vuoden 2017 alusta lukien.

Pykälän 3 momentin perusteella järjestämislain XX - XX §:t tulevat 1 mometista poiketen voimaan vasta vuoden 2017 alusta lukien. Tämä perustuu siihen, että niitä vastaavat aiemmat säännökset ovat voimassa vuoden 2016 loppuun saakka.

2 §. *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 sakka. Mainitut säännökset on laadittu järjestämislain mukai-

siksi, eivätkä ne sanamuotonsa perusteella sovellu automaattisesti lain voimaantullessa toimiviin kuntiin ja kuntayhtymiin joilla on järjestämisvastuu sosiaali- ja terveyspalveluista. Säännöksiä on kuitenkin perusteltua soveltaa myös nykyisissä rakenteissa, minkä vuoksi laissa on tätä koskeva nimenomainen säännös.

3 §. *Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymiin kuuluvat kunnat.* Pykälässä säädetään kuntien sijoittumisesta sosiaali- ja terveysalueisiin niitä ensimmäisen kerran muodostettaessa. Pykälän 2–6 momenteissa määrätään se sosiaali- ja terveysalue, johon kunta kuuluu. Kuntien sijoittaminen sosiaali- ja terveysalueisiin perustuu kuntien kuulemiseen joka on tapahtunut samassa yhteydessä kun niitä on kuultu tätä hallituksen esitystä koskevasta luonnoksesta.

4 §. *Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perustaminen*. Pykälässä säädetään menettelystä ja aikatalusta perustettaessa sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymiä.

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

Edustajainkokouksen koolle kutsumisesta säädetään 2 momentissa. Sen mukaan edustajainkokouksen 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 ensmmäisen 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 alkavaa 1 000 asukasta kohden kunnan edustajilla on yhteensä yksi ääni. Kunnan edustajien äänimäärä jakautuu tasan heistä saapuvilla olevien kesken. Edustajainkokouksessa kunnan edustajien äänimäärän tulee olla vähemmän kuin puolet koko alueen kuntien asukasluvun mukaan määräytyvästä äänimäärästä. Tämä niin sanottu äänileikkuri estää sen, että yhden kunnan edustajat voisivat yksipuolisesti päättää perussopimuksen sisällöstä.

Pykälän 4 momentissa säädetään edustajainkokouksen päätösvaltaisuudesta. Sen mukaan edustajainkokous on päätösvaltainen, kun kokouksessa on edustettuna vähintään kaksi kolmannesta alueen kunnista ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien alueen kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

Pykälän 5 momentin perusteella edustajainkokous antaa tarpeelliset määräykset järjestämissopimuksen ja muiden asioiden valmistelusta ja päätösten täytäntöönpanosta sekä päättää kuntayhtymän perustamisesta aiheutuvien yhteisten kustannusten suorittamisesta. Käytännössä edustajainkokouksessa tulee sopia siitä, miten kuntayhtymän perustamisen edellyttämästä valmistelu toteutetaan ja ketkä vastaavat tästä valmistelusta. Edustajainkokouksen menettelystä ja muutoksenhausta edustajainkokouksen päätökseen noudatetaan muutoin soveltuvin 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 lokakuun 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.

5 §. *Valtioneuvoston toimivalta sosiaali- ja terveysalueen perustamiseksi*. Pykälässä on säädetty valtioneuvoston toimivallasta sen varalta, että sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perussopimuksesta ei ole päätetty

4 §:ssä säädetyn määräajan mukaisesti lokakuun 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.

6 §. *Tuottamisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät.* Pykälässä säädetään tuottamisvastuussa olevien kuntien ja 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. Lisäksi yksittäinen kunta voi arvioida, onko sillä lain tarkoittamat edellytykset olla tuottamisvastuinen kunta.

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

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

Siltä varalta, että kuntien ja kuntayhtymien ilmoitusten perusteella sosiaali- ja terveysalueelle ei synnyt 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 käsittävästä 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 ratkasuja tuottamisvastuussa olevista kunnista ja 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 toimenpiten käynnistetyn kuntayhtymän perustaminen on toteutettava siten, että se voi aloittaa toimintansa viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2017.

7 §. *Sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksen laatiminen.* Pykälässä säädetään sosiaali- ja terveysalueen ensimmäisen järjestämispäätöksen laatimisesta. Järjestämispäätös on laadittava siten, että se hyväksytään sosiaali- ja terveysalueen ylimmässä päättävässä toimielimessä viimeistään lokakuussa 2016 eli kaksi kuukautta ennen kuin järjestämislain mukainen toiminta käynnistyy. Järjestämispäätäksessä 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.

8 §. *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 kuntien tai kuntayhtymän palveluk-

seen. Henkilöstö siirtyy tällöin sen kunnan tai kuntayhtymän palvelukseen, jolla on tuottamisvastuus niistä tehtävistä, joissa asianomainen henkilö on ollut ennen tuottamisvastuun siirron toteutumista. Tuottamisvastuun siirtyminen kunnalle tai kuntayhtymälle katsotaan liikkeenluovutukseksi, jos se johtaa henkilöstön työnantajan vaihtumiseen.

Pykälän 2 momentin mukaan järjestämislain ja tämän voimaanpanolain mukaiset tuottamisvastuussa olevien kuntien ja 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.

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

Säännöksen 1 momentin mukaan lähtökohtana on, että kunnat sopivat omaisuutta koskevista järjestelyistä. Jos kuntien kesken ei sovita omaisuutta koskevista järjestelyistä, pykälässä on asiaa koskevat säännökset.

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon alalla toimivien kuntayhtymien perussopimuksissa on kuntalain perusteella oltava säännökset siitä, miten omaisuus ja vastuu järjestetään kuntayhtymän purkautuessa. Koska muun muassa sairaanhoitopiirien omistuksessa on monissa tapauksissa erittäin suuri määrä omaisuutta, jonka jakaminen kuntien kesken tai josta sopiminen voisi olla hyvin vaikeaa, laissa ehdotetaan, että kuntayhtymät voisivat toistaiseksi jäädä hallitsemaan niiden nykyistä omaisuutta. Kuntayhtymä voi sitten esimerkiksi vuokrata kiinteistöt ja muun omaisuuden tuottamisvastuussa olevalle kunnalle tai kuntayhtymälle.

Pykälän 2 momentissa säädetään, että kuntayhtymien jäsenkuntien tulee muuttaa kuntayhtymän perussopimusta siten, että sen tehtävät rajoittuvat vuoden 2017 alusta lukien kiinteistöjen, rakennusten ja niihin liittyvien laitteiden, koneiden ja muun omaisuuden omistamiseen, hallintaan ja vuokraamiseen sosiaali- ja terveysalueille ja tuottamisvastuussa oleville alueille. Lisäksi perussopimuksessa voidaan sopia, että omaisuutta voi käyttää muutoinkin. Muutoksessa kuntayhtymien osuus omaisuudesta, varoista ja vastuista säilyy ennallaan, jolleivät kunnat muutetussa perussopimuksessa toisin sovi.

Pykälän 3 momentin perusteella kuntien omistama ja sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä oleva omaisuus jää kuntien omaisuudeksi, jolleivät kunnat alueita muodostettaessa toisin sovi. Kunnat voivat vuokrata omaisuuttaan tuottamisvastuussa olevalle kunnalle tai kuntayhtymälle.

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

10 §. *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 kunnille ja kuntayhtymille. Säännöksen 1 momentin perusteella lain voimaantuloa edeltävään aikaan perustuvat oikeudet, luvat ja velvoitteet siirtyvät sille kunnalle tai kuntayhtymälle, jolle tuottamisvastuukin siirtyy.

Järjestämislaki on tarkoitus vahvistaa keväällä 2015 ja se tulee voimaan mahdollisimman pian vahvistamisen jälkeen. Järjestämis- ja tuottamisvastuus siirtyvät sosiaali- ja terveysalueille sekä tuottamisvastuussa oleviell kunnille ja kuntayhtymille vuoden 2017 alussa. Jotta nyt järjestämisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät eivät tekisi väliaikana tuottamisvastuussa olevien kuntien tai 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 kunta tai kuntayhtymä ja sopimuksen tekijä voivat kuitenkin sopia, että myös tällaisena väliaikana tehtyihin sopimuksiin perustuvat velvoitteet siirtyvät tuottamisvastuussa olevalle kunnalle tai kuntayhtymälle.

Tuottamisvastuu voi siirtyä myös kahdelle eri kunnalle tai kuntayhtymälle. Tällaisessa tilanteessa pitää myös selvittää se, miten vastuut jakautuvat. Pykälän 2 momentin perusteella vastuitten jakautuminen määriteltäisiin noudattaen kuntarakennelain 8 luvussa olevia periaatteita ja säännöksiä. Lähtökohtana on, että vastuitten jakautumisesta sovittaisiin, mutta jos sopimusta ei syntyisi, asia pitäisi ratkaista kuntarakennelain 38 §:n mukaisessa välitysmenettelyssä.

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

11 §. *Sosiaali- ja terveysalueen rahoituksen siirtymäjärjestelyt.* Järjestämislain 33 §:n perusteella kunnat rahoittavat sosiaali- ja terveysalueen toiminnan niin sanotulla kapitaatioperiaatteella. Rahoitus määräytyy mainitun säännöksen mukaan kunnan asukasmäärän, ikärakenteen ja sairastavuuden peruteella. Lisäksi sote-alue voi päättää eräiden muiden kuntien peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain mukaisten tekijöiden huomioon ottamisesta. 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 etenkään aiempaa enemmän maksavien kunnan menoihin, lakiin ehdotetaan 3 vuoden siirtymäkautta, jonka aikana tasataan muutosta. Ehdotettavan säännöksen perusteella vuotuinen asukaskohtainen muutos olisi kolmaosa rahoituosuuden muutoksesta. Tässä laskennallisessa muutosta määriteltäessä otettaisiin huomioon kuntien peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain 57 §:n 2 momentin mukainen peruspalvelujen hintaindeksi.

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

12 §. *Muutostuki kunnille ja kuntayhtymille.* Pykälässä säädetään uudistuksen toteuttamiseen liittyvästä muutostuesta. Ehdotettavan 1 momentin perusteella sosiaali- ja terveysministeriöön perustettava ohjausyksikkö vastaisi uudistuksen toimeenpanoon ja toteutukseen liittyvästä muutostuesta nyt järjestämisvastuussa oleville kunnille ja kuntayhtymille sekä jatkossa perustettaville uusille kuntayhtymille ja tuottamisvastuun saaville kunnille. Muutostuen käytännön järjestelyissä ohjausyksikkö tukeutuu tarvittavasssa 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 5 henkilötyövuotta vastaava määräraha toimeenpanon suunnitteluun ja toteutukseen osallistuvien henkilöiden palkkaamiseksi. Ennen sosiaali- ja terveysalueiden muodostamista määrärahalla voidaan palkata vuonna 2015 henkilöstöä aluehallintovirastoihin edistämään uudistuksen toteutusta.

13 §. *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.

14 §. *Lain voimaantulo.* Pykälässä säädetään lain voimaantulosta. Ehdotuksen mukaan laki tulee voimaan päivänä kuuta 2015.

1.3 Laki varainsiirtoverolain 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 palvelurakenneuudistuksen 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 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 velvoitteiden 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 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 tarkoitetuin tavoin osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain mukaista rakenneuudistusta. Verovapaus koskisi toimitiloja, jotka ovat olleet pääasiallisesti säännöksessä lueteltujen kunnan toimintojen käytössä ja jotka luovutetaan 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 tarkoitetussa 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 selvitettäisiin. Huojennushakemukseen tulisi liittää pykälän 3 momentin mukaan selvitys kiinteistön käytöstä ennen luovutusta ja sen jälkeen. Pykälässä ei edellytettäisi, 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 raken-

nejärjestelyjen jälkeen. Jos luovutettu kohde vastoin esitettyä selvitystä luovuttaisiin edelleen toiseen käyttötarkoitukseen, suorittamatta jäänyt vero voitaisiin määrätä maksettavaksi, mikäli verovapaus on tullut myönnetyksi 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 velvoitteiden toteuttamiseen.

1.4 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 kunnan ja 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 terveyspalvelujen 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 erikoissairaanhoidon 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 säädettävässä 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 luototuksesta 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), adoptio-

laissa (22/2012), lapsen elatuksesta annetussa laissa (704/1975), lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetussa laissa (361/1983) sekä lapsen huoltoa ja tapaamisoikeutta koskevan päätöksen täytäntöönpanosta annetussa laissa (619/1996). Myös näihin lakeihin on tarpeen tehdä sosiaalihuollon järjestämisvastuun muuttumista koskevat tekniset muutokset.

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 §) valtakunnalliseta keskittämisestä (17 §), valtakunnalliseen kehittämisohjelmaan liittyvien hankeavustusten jakoperusteista (31 §), Aluehallintovirastojen ja Valviran välisestä työnjaosta (47 §) ja valvontaan liittyvästä tarkastusmenettelystä (49 §).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella annettaisiin tarkempia säännöksiä omavalvontaohjelmasta (18 §), tulosohjauksessa noudatettavista menettelytavoista (29 §) sekä palvelujen korvausperusteista ja laskutusmenettelystä (36 §). Lisäksi ministeriön asetuksella säädettäisiin 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 voimaanpanolain 4 ja 6 §:ssä säädettyihin määräaikoihin mennessä. Järjestämislain mukainen järjestämisvastuu ja tuottamisvastuu on sosiaali- ja terveysalueilla sekä kunnilla ja kuntayhtymillä 1 päivänä tammikuuta 2017 alkaen.

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

4 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

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 vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät 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 samanlaisten perusteiden mukaan. Pykälän 3 momentissa on lakiviittaus saamelaisten oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisissa.

Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön 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. Koska ehdotukset koskevat olennaisilta osin kunnallista toimintaa, on niiden osalta arvioitava ehdotettujen säännösten

suhde perustuslain 121 §:ssä säädettyyn kunnalliseen itsehallintoon.

4.2 Yhdenvertaisten ja riittävien palvelujen turvaaminen ylikunnallisena tehtävänä

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.

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. Tämän toteuttamiseksi luotaisiin sosiaali- ja terveydenhuoltoon koko maan laajuisesti uudenlainen kuntien yhteistoimintaan perustuva hallintorakenne. Esityksen mukaan vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä siirtyisi viidelle sosiaali- ja terveysalueelle, jotka olisivat hallintomalliltaan lakisääteisiä kuntayhtymiä. Uudistus tarkoittaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen siirtyy jatkossa kokonaan lakisääteisesti ylikunnalliseksi tehtäväksi. Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymien järjestämisvastuusta erotettaisiin tuotantovastuu, joka olisi sote-aluetta pienempien kuntayhtymien tai sellaisten yksittäisten kuntien vastuulla, jotka kykenisivät laissa asetettujen kriteerien mukaiseen tuottamisvastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus tulisi edelleen pääosin kunnilta.

Perustuslakivaliokunta on käsitellyt kuntien lakisääteistä yhteistoimintaa useissa lausunnoissa. Perustuslakivaliokunnan käytännössä on pidetty mahdollisena säätää tavallisella lailla näistä niin sanoituista pakkokuntayhtymistä ja vastaavista kuntien yhteistoimintaelimistä, vaikka valiokunta onkin katsonut kuntien velvoittamisen lailla osallistumaan kuntayhtymään lähtökohtaisesti rajoittavan jossain määrin kunnallista itsehallintoa (PeVL 31/1996 vp). Vapaaehtoisenkin 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).

Kainuun hallintokokeilussa sääntelyn tarkoituksena oli turvata maakunnan asukkaille yhdenvertaiset mahdollisuudet saada peruspalveluja. Kokeilulla pyrittiin julkiseen valtaan perustuslain 19 §:n 3 momentissa ja 16 §:n 2 momentissa kohdistettujen velvoitteiden 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. Vaikeassa asemassa olevan maakunnan asukkaiden oikeuksien turvaaminen todettiin olevan tarkoituksenmukaisinta toteuttaa ehdotetun kokeilun kaltaisella järjestelyllä.

Perustuslakivaliokunta (PeVL 37/2006 vp) on katsonut puitelain käsittelyn 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. Näin ollen suurten kuntien asemaa on arvioitava erikseen suhteessa tehtävän ylikunnalliseen luonteeseen. Arvioinnissa on otettava huomioon millaisella palvelurakenteella turvataan yhdenvertaisten ja riittävien palvelujen järjestäminen ja mikä ratkaisumallin merkitys on kunnallisen itsehallinnon kannalta suurten kuntien osalta.

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 hoitojakson 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. Sosiaali- ja terveyspalvelujen sijoittuessa laajasti samaan vastuuorganisaatioon, ohjaa rakenneratkaisu siihen, että vastuunkantajalla on sekä toiminnallinen että taloudellinen intressi kehittää tarpeeseen ja vaikuttavuuteen perustuen palvelukokonaisuuden kaikkia osia. Integraation toteuttamiseksi tarvitaan sote-alueen kuntayhtymiin myös sellaisia suuria kuntia, jotka voisivat lähtökohtaisesti itse selviytyä koko tehtävästä. Jos ne eivät ole mukana, ei muilla kunnilla ole kantokykyä suoriutua tehtävästä edes yhdessä.

Perustuslakivaliokunnan käytännössä on aiemmin otettu eri tilanteissa kantaa tehtävien siirron hyväksyttävyyteen. Kuntien velvoittaminen kuntayhtymiin ja muuhun kuntien pakolliseen yhteistoimintaan on valiokunnan tulkinnan mukaan lähtökohtaisesti mahdollista. Kuntien pakollisen yhteistoiminnan järjestelyjä arvioidessaan valiokunta on kiinnittänyt huomiota esimerkiksi 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).

Perustuslakivaliokunta on pitänyt ongelmallisena kuntien yhteistoimintaelimen tehtävien lisäämistä ”siinä määrin ja sillä tavalla, että se vaikuttaisi oleellisesti jäsenkuntien hallintoon ja vaarantaisi kunnallisen itsehallinnon periaatteisiin sisältyvän periaatteen kunnan päätösvallan kuulumisesta kuntalaisten valitsemille toimielimille ”(PeVL 11/1984 vp, s. 2/II, PeVL 65/2002 vp, s. 3).

Perustuslakivaliokunnan aiemmassa tulkintakäytännössä on arvioitu joko tehtävien siirtoa ylikunnalliseksi erityisesti suhteessa perustuslain 121 §:n kunnalliseen itsehallintoon ja sen sisältämään kansanvaltaisuusperiaatteen toteutumiseen tai toisaalta erikseen perustuslain 19 ja 22 §:ssä turvattujen oikeuksien toteutumista. Hallituksen esityksen 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.

Perustuslain 19 §:n tulkinnassa ratkaisevassa asemassa on muun muassa se, miten riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut pystytään toteuttamaan väestölle asuinkunnasta riippumatta koko maassa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua ja riittävyyttä tulee tarkastella koko perusoikeusjärjestelmän kannalta, kuten esimerkiksi yhdenvertaisuuden ja syrjinnän kiellon näkökulmasta (HE 309/1993 vp, s). Perustuslakivaliokunta on kiinnittänyt perusoikeusuudistusta säädettäessä 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).

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 hyväksyttävinä 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 sosi-

aalihuollonkin 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 palkollisiin kuntayhtymiin on lähtökohtaisesti mahdollista koska näin voidaan parhaiten turvata 19 §:n 3 momentissa tarkoitetut sosiaali- ja terveyspalvelut sekä varmistaa 22 §:n edellyttämällä tavalla perusoikeuksien toteutuminen yhdenvertaisesti maan eri osissa.

4.3 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.

Sote-alueen kuntayhtymän järjestettäväksi tulevien tehtävien kunnallinen rahoitusvastuu merkitsisi, että kuntien budjetista keskimäärin noin puolet siirtyisi kuntayhtymän päätösvaltaan. Tämä korostaa kansanvaltaisuusperiaatteen toteuttamisen tärkeyttä. Ehdotetussa mallissa sote-alueen kuntayhtymät muodostuvat poikkeuksellisen suuriksi. Yhdessä sote-alueen kuntayhtymässä voi olla yli 60 jäsenkuntaa. Tällöin yksittäisen kunnan ja sen asukkaiden tosiasiallisten vaikutusmahdollisuuksien voidaan nähdä jäävän rajallisiksi, kun kunnan päätösvalta perustuu sen asukasluvun mukaiseen äänivaltaan. Tämä koskee erityisesti pieniä kuntia.

Kunnallisen demokratian toteutumisen arvioinnissa on syytä kuitenkin antaa merkitystä myös palvelutuotannon toteuttamiselle. Ehdotetussa mallissa palvelujen järjestämisvastuusta on irrotettu palvelujen tuottamisvastuu. Tuottamisvastuu ehdotetaan annettavaksi sote-alueen kuntayhtymää pienemmille kuntayhtymille tai yksittäisille kunnille. Tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä käyttää merkittävää päätösvaltaa palvelujen konkreettisen toteutuksen osalta. Kyse on nykyiseen järjestämisvastuuseen liittyvästä päätöksenteon osa-alueesta, joka ehdotetussa mallissa irrotetaan pois sote-alueen kuntayhtymän päätöksenteosta paikallisempaan päätöksentekoon. Näin ollen ehdotetussa mallissa sote-alueen järjestämisvastuuseen liittyvää päätöksentekovaltaa kavennetaan siten, että järjestämisvastuuseen nykyisin kuuluvaa merkittävää päätösvaltaa annettaisiin tuottamisvastuussa oleville sote-aluetta pienemmille kuntayhtymille tai kunnille. Näin ollen palvelujen käytännön toteutukseen liittyvää merkittävää päätösvaltaa käytettäisiin sote-aluetta paikallisemmalla tasolla. Tuotantovastuussa olevissa kuntayhtymissä yksitäisten kuntien painoarvo päätöksenteossa olisi siten suurempi kuin sote-alueella. Perustuslain 121 pykälän tarkoittaman kansanvaltaisuuperiaatteen toteutumista suurissa sote-alueen kuntayhtymissä tulee vielä jatkovalmistelussa arvioida etenkin, kun kaikki kunnat eivät lakisääteisesti olisi mukana tuotantoalueen päätöksenteossa.

Vaihtoehtoisena ratkaisuna nyt ehdotetulle rakenteelle olisi sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien siirtäminen kokonaan pois kuntien vastuulta perustuslain 121 pykälän 4 momentin tarkoittamalle kuntaa suuremmalla hallintoalueella tapahtuvalle itsehallintotasolle. Tällä aluetasolla olisi omat vaalit. Lisäksi sille voitaisiin ohjata suoraan valtionosuudet ja sillä olisi oma verotusoikeus. Erillisellä aluehallintotasolla olisi mahdollista toteuttaa perustuslain 19 pykälän 3 momentissa tarkoitettujen perusoikeuksien turvaamiseksi tarpeellinen sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio. Nyt ehdotettuun ratkaisumalliin on kuitenkin päädytty, koska on haluttu pitää palvelujärjestelmä edelleen kuntapohjaisena ja sitä kautta säilyttää nimenomaisesti julkinen palvelutuo-

tanto lähellä paikallista kuntien päätöksentekoa. Erillisen sosiaali- ja terveydenhuollon veron toteuttamisen on lisäksi arvioitu muodostuvan kansantalouden kannalta kalliiksi ratkaisuksi sekä avaavan tietä myös muille alueellisen tason erillisveroille.

4.4 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 palvelurakenneuudistuksen (PeVL 37/2006 vp) ja Kainuun hallintokokeilun (PeVL 65/2002 vp ja PeVL 22/2006 vp) käsittelyn yhteydessä.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen yhteydessä perustuslakivaliokunta katsoi, että viime kädessä asukaslukuun perustuva päätöksentekojärjestelmä ei välttämättä kaikissa tapauksissa takaa väestömäärältään pienelle kunnalle mahdollisuutta tulla edustetuksi yhteistoiminta-alueen toimielimissä. 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 puuttunut 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 21 pykälissä säädettäisiin, että sote-alueen sekä tuotantoalueen kuntayhtymään sovelletaan mitä kuntalain 10 luvussa säädetään kuntayhtymästä, jollei lailla toisin säädetä. Esityksen mukainen palvelurakenne ei viiden sote-alueen kuntayhtymän osalta lähtökohtaisesti ole kuntien äänivaltaan liittyen perustuslain kanssa ristiriidassa. Jokaisesta sote-alueesta muodostuu ainakin nykyisellä kuntarakenteella niin suuri kuntayhtymä, ettei millään kunnalla ole yksin määräysvaltaa. Sen sijaan tuotantovastuussa olevien kuntayhtymien osalta tilanne voi ilman erillistä sääntelyä muodostua tältä osin perustuslain kanssa ristiriitaiseksi. Jatkossa kuntarakenteen muuttuessa tilanne saattaa myös sote-alueiden osalta muuttua. Tästä syystä ehdotuksen 23 pykälään on otettu säännökset ns. äänileikkurista siten, että sekä sote-alueen kuntayhtymässä että tuotantovastuussa olevassa kuntayhtymässä yhden kunnan yhteenlaskettu äänimäärä on oltava alle puolet kuntayhtymän kaikkien kuntien asukasluvun mukaan määräytyvästä äänimäärästä.

4.5 Kuntien tehtävien säätäminen lailla

Perustuslain 121 pykälän 2 momentin mukaan kunnille annettavista tehtävistä säädetään 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. Peruslähtökohtana on, että kunnille ei voida antaa tehtäviä asetuksentasoisin säännöksin tai hallinnollisilla päätöksillä.

Perustuslain 121 pykälän 2 momentissa ei edellytetä, että kaikille kunnille annetaan samanlaiset tehtävät. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna tuotantovastuun voidaan ajatella olevan vain joillain kunnilla tai sellaisilla kuntayhtymillä, joiden jäseninä ei välttämättä kaikkien kuntien tulisi olla. Lailla on kuitenkin tällöin riittävästi yksilöitävä nämä joille-

kin kunnille annettavat tehtävät sekä riittävän täsmälliset perusteet, joiden mukaan palvelujen tuottamistehtävän saavat kunnat tai kuntayhtymät määräytyvät lain nojalla.

Ehdotettavan järjestämislain perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu olisi viidellä sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymällä. Sen tulisi järjestämislakiehdotuksen mukaan päättää järjestämispäätöksessä siitä, millä kunnilla ja kuntayhtymillä on tuottamisvastuu lakisääteisistä sosiaali- ja terveyspalvelusta. Säännöksen perusteella kuntien ja kuntayhtymien velvollisuus tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja olisi siten riippuvainen sosiaali- ja terveysalueen päätöksestä. Tältä osin kunnan tai kuntayhtymän tuottamisvastuu ei perustuisi suoraan lakiin, vaan olisi riippuvainen sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän päätöksestä. Sosiaali- ja terveysalue olisi päätöstä tehdessään otettava huomioon järjestämislain 14 §:ssä säädetyt tekijät siitä, millä edellytyksillä tuottamisvastuu voidaan määrätä kunnalle tai kuntayhtymälle.

On todennäköistä, että kunnat ovat laajasti halukkaita muodostamaan järjestämislain 14 §:n mukaiset edellytykset täyttäviä kuntayhtymiä tai halukkaita toimimaan itse tuottamisvastuussa olevana kuntana. Ehdotetut säännökset mahdollistavat kuitenkin, että sosiaali- ja terveysalue päättää tuottamisvastuusta toisin kuin kunnat ovat esittäneet.

Edellä olevan perusteella, erityisesti järjestämislaissa säädetyn tuottamisvastuun osalta on tarpeen arvioida, täyttääkö esityksen mukainen järjestämislain 14 § perustuslain 121 §:n 2 momentin mukaisen vaatimuksen lailla säätämisestä.

4.6 Kansallinen ohjaus

Esityksessä ehdotetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista ohjausta vahvistettaisiin nykyisestä. Tähän liittyen esitetään, että hallitus antaisi joka neljäs vuosi eduskunnalle seloteon sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteista sekä palvelujen järjestämistä koskevista strategisista linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisi ottaa nämä tavoitteet huomioon ohjatessaan kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaisi esityksen mukaan kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa käymällä vuosittain neuvottelut sosiaali- ja terveysalueiden kanssa. Neuvottelumenettelyssä hyväksyttäisiin sosiaali- ja terveysalueen laatima järjestämispäätös.

Perustuslain näkökulmasta tulee arvioida ehdotettua ohjausmenettelyä erityisesti kunnallisen itsehallinnon näkökulmasta.

4.7 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 viranomainen voidaan lailla valtuuttaa antamaan oikeussääntöjä määrätyistä 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 järjestämispäätöksessä määriteltävistä asioista (12 § 5 momentti), valtakunnalisesta keskittämisestä (17 § 1 ja 2 momentti), omavalvontaohjelmasta (18 § 3 momentti), tulosohjauksessa noudatettavista menettelytavoista (29 § 3 momentti), valtionavustuksen jakoperusteista (31 §:n 5 momentti), valtion korvausten määristä ja korvausmenettelystä (36 §:n 2 momentti ja 46 §), valtion valvontaviranomaisten keskinäisestä työnjaosta (47 §:n 3 momentti), tarkastuspöytäkirjan sisällöstä (49 §:n 3 momentti) ja sosiaalihuollon ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (60 §). Kaikista mainituista asioista laissa on todettu tehtävän keskeinen sisältö ja asetuksella voidaan antaa lakia täydentäviä säännöksiä.

Ehdotetut norminantovaltuudet ovat perustuslain edellyttämällä tavalla tarkkarajaisia eikä niillä voida antaa kunnille tai kuntayhtymille uusia tehtäviä tai velvoitteita.

4.8 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.

Esitys ei merkitsisi välittömiä heikennyksiä kielellisiin oikeuksiin. Uudistuksen vaikutukset kielellisiin oikeuksiin riippuisivat siitä, miten kuntien pakollista yhteistoimintaa käytännössä toteutettaisiin. Sosiaali- ja terveysalueita ja tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä muodostettaessa on otettava huomioon perustuslain 122 §:n 1 momentin vaatimukset. Mainitun säännöksen mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Mainittu perustuslain kohta sekä perustuslain 17 §:n 2 momentti eivät estä alueiden muodostamista edellyttäen, että henkilöiden mahdollisuudet saada palveluja suomen ja ruotsin kielellä turvataan. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain 6 §:ssä ja 8 §:n 6 momentissa edellytettäisiin, että lain toimeenpanossa otetaan huomioon suomen- ja ruotsinkielisen väestön oikeudet käyttää omaa kieltään ja saada palveluja tällä kielellä.

Lakiluonnoksen mukaan erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia käsittävällä sosiaali- ja terveysalueella olisi velvollisuus asettaa vähemmistökielen jaosto, jonka tehtävänä olisi seurata alueen kielellisen vähemmistön palvelujen saatavuutta ja laatua sekä tehdä ehdotuksia palvelujen kehittämiseksi. Vähemmistökielen jaoston jäseniksi voitaisiin valita alueen vähemmistökielistä väestöä edustavia henkilöitä.

Kårkullan erityishuoltopiiri kehitysvammalain mukaisena lakisääteisenä kuntayhtymänä purettaisiin. Kuntayhtymä vastaa 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 (toimeenpanolain 14 §). Kuntayhtymän jäsenkuntien tulisi tällöin muuttaa kuntayhtymän perussopimusta vuodesta 2017 alkaen.

Entinen Kårkullan kuntayhtymä voisi myös jatkaa toimintaansa palvelujen tuottajana ja myydä niitä edelleen tuottamisvastuussa oleville kunnille ja kuntayhtymille. Tämä edellyttäisi kuitenkin sen toiminnan jatkamista kuntayhtymänä tai muuta yhtiöittämistä, siten että nykyinen lakisääteinen erityishuollon kuntayhtymä muutettaisiin palvelujen tuottajaksi. Kårkullan kuntayhtymän nykyisillä jäsenkunnilla ei enää olisi pakkoa osallistua sen toimintaan, vaan yhteistyö perustuisi vapaaehtoisuuteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain voimaanpanosta annettavan lain 7 §:n 2 momentissa säädettäisiin lisäksi mahdollisuudesta poiketa laissa asetettavista väestömäärävelvoitteista erityisistä syistä, esimerkiksi kielellisten oikeuksien turvaamiseksi.

4.9 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 laajemmat 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 kunnalle tai kuntayhtymälle säädettäisiin velvollisuus asettaa vähemmis-

tökielen lautakunta, jonka tehtävänä olisi kehittää ja sovittaa 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 voitaisiin valita saamelaiskäräjistä annetun lain (974/1995) 3 §:ssä tarkoitettuja saamelaisia edustavia henkilöitä.

Koska lakiehdotus liittyy monelta osin perustuslakiin ehdotettu malli poikkeaa merkittävästi nykyisistä kunnallisen toiminnan malleista, jotka perustuvat perustuslain vakiintuneisiin tulkintaperiaatteisiin, hallitus ehdottaa, että esityksestä pyydetään perustuslakivaliokunnan lausunto.

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäviksi seuraavat 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 terveydensuojelua 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* kunnan ja 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 terveysalueella sekä tuottamisvastuussa olevalla kunnalla ja kuntayhtymäl-

lä on oltava riittävät voimavarat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen toimeenpanoon.

5 §

Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestettävä yhdenvertaisesti. Palvelujen tulee olla sisällöltään ja laadultaan sellaisia kuin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä sosiaali- ja terveysalueen 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 terveyspalveluja toteutettaessa on edistettävä esteettömyyttä.

6 §

Järjestämis- ja tuottamisvastuun henkilöllinen soveltamisala

Sosiaali- ja terveysalueen on järjestettävä tämän lain tarkoittamat sosiaali- ja terveyspalvelut henkilöille, joilla on kotikuntalain (201/1994) mukainen kotikunta sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvassa kunnassa.

Tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän on tuotettava tämän lain tarkoittamat sosiaali- ja terveyspalvelut 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 terveyspalveluja siten kuin siitä muualla säädetään.

7 §

Palvelujen kieli

Sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi silloin, kun sosiaali- ja terveysalueella on yksi tai useampi kaksikielinen kunta tai suomen- ja ruotsinkielisiä kuntia. Palvelut on järjestettävä siten, että asiakas tai potilas saa ne valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi. Oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä oikeudesta tulkkaukseen käytettäessä näitä kieliä viranomaisissa säädetään kielilain (423/2003) 10, 18 ja 20 §:ssä. Oikeudesta käyttää saamen kieltä säädetään saamen kielilaissa (1086/2003).

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.

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse asiakkaan tai potilaan käyttämää kieltä tai asiakas tai potilas ei aisti- tai puhevamman tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on palveluja annettaessa mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta.

Jos kysymys on asiasta, joka voi tulla vireille viranomaisen aloitteesta, on tulkitsemisesta ja kääntämisestä huolehdittava siten kuin hallintolain 26 §:ssä säädetään. Kansaneläkelaitoksen velvollisuudesta järjestää tulkkauspalveluja kuulo- ja kuulonäkövammaisille sekä puhevammaisille henkilöille säädetään vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelusta annetussa laissa (133/2010).

8 §

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa

Kunnan on seurattava asukkaittensa elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin. Kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava kunnanvaltuustolle vuosittain. Lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava hyvinvointikertomus.

Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämiselle 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 edistämisessä. Lisäksi kunnan on nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot ja tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten toimijoiden sekä yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa.

9 §

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen alueellisesti ja palvelujen tuotannossa

Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien toiminnassa on arvioitava ennakkoon ja otettava huomioon päätösten vaikutukset eri väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen. Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien on toimittava yhteistyössä alueen kuntien kanssa ja annettava niille asiantuntija-apua 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)
2)
3)
4)
5)

Sosiaali- ja terveysalue muodostuu alueen kuntayhtymään kuuluvista kunnista. Kunnan on kuuluttava johonkin 1 momentissa mainittuun sosiaali- ja terveysalueeseen.

Valtioneuvosto päättää sosiaali- ja terveysalueisiin kuuluvat kunnat.

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.

Järjestämisvastuuseen sisältyy lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvan julkisen vallan käyttö sekä vastuu kielellisten oikeuksien toteutumisesta sosiaali- ja terveyspalveluissa.

12 §

Järjestämispäätös

Sosiaali- ja terveysalueen on laadittava joka neljäs vuosi tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien kanssa käytyjen neuvottelujen perusteella järjestämispäätös siitä, miten sosiaali- ja terveysalueen järjestämisvastuulle 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 mahdollisuuksien mukaan 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) miten alueella toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset strategiset tavoitteet sekä valtakunnalliset kehittämisohjelmat;
4) hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja vastuutahot sekä yhteistyö alueen kuntien ja muiden tahojen kanssa;
5) sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu- ja palvelutaso sekä yhtenäiset käytännöt;
6) väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen;
7) tuottamisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät sekä niiden tehtävät;
8) kunnat ja kuntayhtymät, joilla on tuottamisvastuu sosiaalihuollon ja terveydenhuollon kattavasta ympärivuorokautisesta päivystyksestä;
9) sosiaali- ja terveysalueen omaan tuottamisvastuuseen kuuluvat tukipalvelut sekä 15 §:n 1 momentin perusteella alueen omaan tuottamisvastuuseen otetut palvelut;
10) rahoituksen ja voimavarojen kohdentaminen tuottamisvastuussa oleville kunnille ja kuntayhtymille;
11) keskeiset periaatteet muilta kuin kunnilta ja kuntayhtymiltä hankittaville palveluille ja palvelusetelin käytölle, hankittavien palvelujen laajuus sekä hankintojen toteutuksen jakautuminen sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien kesken;
12) tarkoituksenmukaisen, kustannustehokkaan ja vaikuttavan palvelurakenteen varmistaminen sekä miten järjestämispäätöksen mukaisesti kunnallisesti tuotetut palvelut ja muualta hankittavat palvelut sovitetaan yhteen, ja
13) miten 1 - 12) kohtien toteutumista seurataan ja arvioidaan.

Järjestämispäätöksen hyväksyy sosiaali- ja terveysalueen ylin päättävä toimielin. Sosiaali- ja terveysministeriö hyväksyy järjestämispäätöksen osaltaan 28 §:ssä tarkoitetussa neuvottelumenettelyssä.

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 tuottamisvastuussa olevien kuntien ja 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 kehittämistoiminnan 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 kunnissa ja 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 terveydenhuollon tuottaminen

14 §

Tuottamisvastuu kunnallisena toimintana

Sosiaali- ja terveysalue päättää tuottamisvastuun antamisesta kunnalle ja kuntayhtymälle, jolla on sosiaali- terveyspalvelujen tuottamisvastuun edellyttämä oma henkilöstö ja muut voimavarat. Tuottamisvastuuseen on kuuluttava ehkäisevät, korjaavat ja hoitavat, kuntouttavat sekä muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhtenäisenä kokonaisuutena.

Sosiaali- ja terveysalue voi päättää, että 1 momentissa määriteltyä palvelukokonaisuutta suppeampi tuottamisvastuu annetaan sitä varten perustetulle kuntayhtymälle, jos siihen on asiakkaiden tarpeista tai palvelujen toteuttamisesta johtuva erityinen syy. Järjestämispäätöksessä on määriteltävä kuntayhtymän tuottamisvastuuseen kuuluvat palvelut sekä vastuun alueellinen ja henkilöllinen kattavuus.

Sosiaali- ja terveysalueen on lisäksi päätettävä ne 1 momentissa tarkoitetut kunnat ja kuntayhtymät, joilla on tuottamisvastuu myös kattavasta ympärivuorokautisesta päivystyksestä. Päätöksessä on määriteltävä ympärivuorokautisen päivystyksen alueellinen ja toiminnallinen vastuu.

15 §

Sosiaali- ja terveysalueen tuottamisvastuu

Sosiaali- ja terveysalueella on tuottamisvastuu alueen järjestämispäätöksessä määritellyistä tukipalveluista. Lisäksi sosiaali- ja terveysalue voi ottaa tuottamisvastuun itselleen sellaisista sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvista tehtävistä ja palveluista, joiden tuottamisvastuun toteuttaminen ei ole osoittautunut mahdolliseksi 14 §:n mukaisena kuntien yhteistoimintana.

Edellä 14 §:ssä tarkoitettujen kuntien ja kuntayhtymien on hankittava 1 momentissa tarkoitetut tukipalvelut sosiaali- ja terveysalueelta.

16 §

Tehtävien ja palvelujen tuottaminen

Sosiaali- ja terveysalue sekä 14 §:ssä tarkoitettu kunta ja kuntayhtymä voivat toteuttaa tuottamisvastuulleen kuuluvat sosiaali- ja terveyspalvelut:

1) tuottamalla ne itse,
2) kuntalain (365/1995) 76 §:ssä tarkoitetulla tavalla sopimuksin yhdessä toisen kunnan tai 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 hyväksyttyjä periaatteita. Tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän on lisäksi valvottava, että 2–5 kohdan 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 kunnille tai kuntayhtymille, jos se on välttämätöntä tehtävien vaativuuden, harvinaisuuden, kielellisten oikeuksien tai niistä johtuvien suurten kustannusten perusteella. Valtioneuvoston asetuk-

sella voidaan tarvittaessa säätää perusteet keskittämiselle tai tehtävät, jotka voidaan keskittää sekä niistä tuottamisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät.

Jos valtakunnallisesti keskitettävät palvelut on tarkoituksenmukaisinta hankkia yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai ulkomailta, valtioneuvoston asetuksella voidaan määritellä palvelujen tuottajan toiminnalle asetettavat laatuvaatimukset ja muut toiminnan asianmukaisuuden varmistamiseksi asetettavat vaatimukset.

18 §

Omavalvontaohjelma

Sosiaali- ja terveysalueen on laadittava järjestämisvastuuseen 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 toteutumista, laatua, asiakas- ja potilasturvallisuutta sekä yhdenvertaisuutta seurataan ja miten havaitut puutteellisuudet korjataan. Omavalvontaohjelma on julkaistava internetissä.

Tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän on laadittava omaa toimintaansa koskeva omavalvontaohjelma siten kuin 1 momentissa säädetään sosiaali- ja terveysalueen omavalvontaohjelmasta. Lisäksi tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän on laadittava osana omavalvontaohjelmaa suunnitelma laadunhallinnasta sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämisestä.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan tarvittaessa antaa tarkempia säännöksiä omavalvontaohjelman sisällöstä ja laatimisesta sekä 2 momentissa tarkoitettuun omavalvontaohjelmaan sisältyvästä suunnitelmasta laadunhallinnan sekä asiakas- ja potilasturvallisuuden edistämiseksi.

4 luku

Hallinto

19 §

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän hallinto

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymään ja sen hallintoon sovelletaan mitä kuntalain 10 luvussa säädetään kuntayhtymästä, jollei lailla toisin säädetä.

20 §

Sosiaali- ja terveysalueen ylimmän päättävän toimielimen tehtävät

Sosiaali- ja terveysalueen ylin päättävä toimielin hyväksyy sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöksen ja siihen tehtävät muutokset. Lisäksi toimielin päättää vuotuisista toiminnallisista ja taloudellisista tavoitteista sekä talousarviosta ja taloussuunnitelmasta.

21 §

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän toimielinten kokoonpano ja valinta

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän ylimmän päättävän toimielimen jäsenten tulee olla jäsenkuntien valtuutettuja, ja toimielimessä edustettuina olevien ryhmien ääniosuuksien tulee valittaessa vastata jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta kuntayhtymän alueella vaalilaissa (714/1998) säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti. Jokaisella jäsenkunnalla tulee olla vähintään yksi edustaja sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän ylimmässä päättävässä toimielimessä. Kunnan valitsemien edustajien äänimäärä jakautuu tasan heistä saapuvilla olevien kesken.

Erikielisiä ja kaksikielisiä kuntia käsittävän sosiaali- ja terveysalueen hallituksessa vähintään yhden jäsenen ja yhden varajäsenen on edustettava ruotsinkielistä väestöryhmää. Alueen muiden toimielinten kokoonpanosta

on voimassa, mitä niistä 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 asukaslukuun. Jos kunnat eivät ole toisin sopineet, yhden kunnan edustajien yhteenlasketun äänimäärän on kuitenkin oltava alle 50 prosenttia kuntayhtymän kaikkien kuntien asukasluvun mukaan määräytyvästä äänimäärästä.

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 yhteenlasketusta asukasluvusta.

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 kehittämiseksi 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 1 momentissa on todettu sosiaali- ja terveysalueesta koskee myös tuottamisvastuussa olevaa kaksikielistä kuntaa ja 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, johon kuuluu saamelaisten kotiseutualueeseen kuuluva kunta, on oltava saamenkielen lautakunta. Lautakunnan jäseneksi valitaan saamelaiskäräjistä annetun lain (974/1995) 3 §:ssä tarkoitettuja saamelaisia edustavia henkilöitä. Lautakuntaan sovelletaan muutoin mitä 1 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 pitkä 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 järjestämistä 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, omavalvontaa sekä 26 §:ssä tarkoitettujen strategisten tavoitteiden toteutumista. Neuvotteluissa arvioidaan lisäksi järjestämispäätöksen 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 järjestämispäätöksen ja sen mahdollisten muutosten hyväksyntä sekä neuvotteluissa sovitut seuraavan vuoden keskeiset tavoitteet ja niitä tukevat toimenpiteet. Sosiaali- ja terveysministeriö seuraa ja arvioi neuvotteluissa sovittujen tavoitteiden ja toimenpiteiden toteutumista sosiaali- ja terveysalueen neuvottelumenettelyssä esittämän selvityksen pohjalta.

29 §

Sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän välinen tulosohjaus

Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän välillä sovelletaan tulosohjausta. Sosiaali- ja terveysalue vastaa alueellaan tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien palvelutuotannon tulosohjauksesta. Tulostavoitteista sovitaan vuosittain käytävissä neuvotteluissa. Tulostavoitteet perustuvat sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätökseen.

Tulosohjauksessa painotetaan toiminnan vaikuttavuutta väestön hyvinvointiin ja terveyteen sekä kustannustehokkuutta. Tulossopimuksessa 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 tulossopimukseen, 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 kunnan ja kuntayhtymän on kerättävä alueensa asukkaiden näkemyksiä väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilasta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen laadusta ja toimivuudesta.

Asukkaiden näkemykset on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon laadittaessa sosiaali- ja terveysalueen järjestämispäätöstä sekä sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien vuotuisissa toimintasuunnitelmissa.

Asukkaiden osallistumista ja vaikuttamista tulee edistää esimerkiksi:

1) järjestämällä keskustelu- ja kuulemistilaisuuksia sekä kansalaisraateja;

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; sekä

5) tukemalla asukkaiden, järjestöjen ja muiden yhteisöjen oma-aloitteista asioiden suunnittelua ja valmistelua.

31 §

Valtakunnallinen kehittämisohjelma

Sosiaali- ja terveysministeriö laatii 26 §:ssä todetun selonteon perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen kehittämisohjelman. Ohjelmassa kuvataan ohjelmakauden kehittämistoiminnan 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 kunnalle ja kuntayhtymälle hankeavustusta kehittämisohjelman toteuttamiseksi valtion talousarvioon otetun määrärahan rajoissa. Kehittämishankkeen toteuttajina voi olla myös useita kuntia ja kuntayhtymiä 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 koskevissa asioissa.

Sosiaali- ja terveysalueelle sekä tuottamisvastuussa olevalle kunnalle ja kuntayhtymälle voidaan myöntää valtionavustusta enintään 75 prosenttia valtionavustukseen oikeuttavista kustannuksista. Kunnan ja 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 kehittämisestä ja osaamisen vahvistamisesta sekä alue- ja organisaatiorajat ylittävästä kehittämisyhteistyöstä. Lisäksi sosiaali- ja terveysalue päättää yhtenäisestä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisrakenteesta alueellaan sekä tuottamisvastuussa olevissa kunnissa ja kuntayhtymissä.

6 luku

Rahoitus

Alueiden toiminnan rahoitus

33 §

Sosiaali- ja terveysalueen rahoitus

Sosiaali- ja terveysalueeseen kuuluvat kunnat vastaavat sosiaali- ja terveysalueen rahoi-

tuksesta siten kuin rahoituksen perusteista on päätetty sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perussopimuksessa ja rahoituksen kokonaismäärästä on päätetty järjestämispäätöksessä ja talousarviossa.

Kunnat osallistuvat sosiaali- ja terveysalueen kustannusten rahoitukseen sosiaali- ja terveysalueen vuosittain määrittelemällä maksulla. Maksu perustuu kunnan asukasmäärään, jota on painotettu kuntien peruspalvelujen valtionosuuksien perusteena olevien, kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain (1704/2009) 6 §:ssä tarkoitettujen peruspalvelujen laskennallisten kustannusten määräämisessä käytettävien ikäluokkien perushintojen sekä 7 §:ssä tarkoitetun sairastavuuskertoimen mukaisesti. Kunnat voivat sopia, että rahoituksessa otetaan huomioon myös muita peruspalvelujen valtionosuuden laskennallisiin kustannuksiin vaikuttavia tekijöitä tai valtionosuuden lisäosan määräytymisperusteita.

34 §

Tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän rahoitus

Tuottamisvastuun aiheuttamat kustannukset rahoitetaan sosiaali- ja terveysalueen suorittamalla korvauksella. Korvauksen perusteet määritellään järjestämispäätöksessä. Korvausten tarkemmasta määräytymisestä neuvotellaan sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän kesken.

Sosiaali- ja terveysalue päättää kunnalle ja kuntayhtymälle suoritettavien korvausten tarkemmat yhtenäiset perusteet siten, että rahoituksessa otetaan huomioon palvelujen tarve sekä 12 §:n 2 momentin 12 kohdassa määritellyt palvelutuotannon vaikuttavuus- ja tehokkuusvaatimukset.

35 §

Alijäämän kattaminen

Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän talousarvion taseeseen kertynyt alijäämä tulee kattaa enintään neljän vuoden kuluessa tilinpäätöksen vahvistamista seuraavan vuoden alusta (*alijäämän kattamisvelvollisuus*).

36 §

Vastuu hoidon ja hoivan kustannusten korvaamisesta eräissä tilanteissa

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikössä on hoidettavana henkilö, joka ei ole toimintayksikköä ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymään kuuluvan kunnan asukas, on sen kunnan tai kuntayhtymän, jolla on vastuu hoidon tai hoivan tuottamisesta mainitulle 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 korvausperusteista 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 lääkärien ja hammaslääkärien 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 liikuntalääketie-

teen, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoislääkärin koulutuksesta. Jos tällaista koulutusta annetaan yliopistollisessa sairaalassa, sen ylläpitäjälle suoritetaan valtion varoista korvausta koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin toteutuneiden koulutuskuukausien määrän perusteella.

38 §

Koulutuskorvaus yliopistolle

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta järjestävälle yliopistolle korvataan valtion varoista koulutuksesta aiheutuvia kustannuksia. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen korvaus perustuu koulutuksen suorittaneiden lääkärien 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 säädetylle 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 säädetylle 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 kunnalle ja 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 tutkimustoimikunta

Sosiaali- ja terveysalue asettaa nelivuotiskaudeksi terveydenhuollon yliopistollisen tutkimustoimikunnan mahdollisine jaostoineen. Tutkimustoimikunnassa on monitieteinen edustus sosiaali- ja terveysalueen terveydenhuollon toimintayksiköistä.

41 §

Yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen rahoitus

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhteistyössä 40 §:ssä tarkoitettujen sosiaali- ja terveysalueiden tutkimustoimikuntien kanssa yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen painoalueet ja tavoitteet nelivuotiskausittain.

Yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta sosiaali- ja terveysalueiden tutkimustoimikunnille sosiaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Ministeriön päätös perustuu tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella. Jos sosiaali- ja terveysalueiden aluejako muuttuu nelivuotiskauden aikana, sosiaali- ja terveysministeriön päätöstä on muutettava aluejaon muutosta vastaavasti.

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.

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 yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen rahoituksen jakamisesta sosiaali- ja terveysalueille seuraavana nelivuotiskautena.

Korvausmenettely

43 §

Koulutuskorvauksen ja tutkimusrahoituksen maksaminen

Aluehallintovirasto ja Ahvenanmaan valtionvirasto 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 puolivuosittain hakemusten perusteella. Ensimmäisen vuosipuoliskon osalta korvausta on haettava viimeistään saman vuoden syyskuun 30 päivänä ja toisen vuosipuoliskon osalta viimeistään seuraavan vuoden maaliskuun 31 päivänä. Aluehallintoviraston ja Ahvenanmaan valtionviraston on ratkaistava määräajassa jätetty korvaushakemus sen kalenterivuoden aikana, jolloin hakemus on saapunut.

Aluehallintovirasto maksaa tutkimusrahoituksen kuukausittain sosiaali- ja terveysalueen 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 kalenterivuosittain sosiaali- ja terveysministeriölle suoritettujen lääkäri- ja hammaslääkäritutkintojen sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritutkintojen määrän.

Yliopistollisen sairaalan ylläpitäjän sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta järjestävän yliopiston on annettava sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun men-

nessä selvitys siitä, miten se on käyttänyt saamansa koulutuskorvauksen.

Sosiaali- ja terveysalueen tutkimustoimikunnan on annettava sosiaali- ja terveysministeriölle vuosittain seuraavan vuoden kesäkuun loppuun mennessä selvitys siitä, mille tutkimushankkeille ja painoalueille rahoitusta on osoitettu.

45 §

Kunnan tai kuntayhtymän tilojen käyttäminen koulutus- ja tutkimustoimintaan

Yliopistolla on oikeus käyttää yliopistollista sairaalaa lääketieteellisen koulutusyksikön koulutus- ja tutkimustoiminnan tarpeisiin.

Terveydenhuoltohenkilökunnan koulutuksesta ja terveydenhuoltoalan tutkimuksesta huolehtivalla yliopistolla ja muulla sosiaali- ja terveysalan koulutuksen järjestäjällä on oikeus käyttää tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän sairaaloita ja erillisiä toimintayksiköitä muunkin kuin 1 momentissa tarkoitetun terveydenhuoltoalan koulutus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen siten kuin siitä on sovittu kunnan tai kuntayhtymän ja koulutus- ja tutkimustoimintaa harjoittavan koulutuksen järjestäjän kesken.

Yliopistolla on oikeus käyttää perusterveydenhuollon toimintayksikön tiloja erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen sisältyvänä terveyskeskuksessa suoritettavana yhdeksän kuukautta kestävänä koulutusaikana siten kuin siitä on sovittu kunnan tai kuntayhtymän ja yliopiston kesken.

Tuottamisvastuussa olevan kunnan ja 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 kunnan tai kuntayhtymän ylläpitämään toimintayksikköön.

Tuottamisvastuussa olevan kunnan ja 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.

Yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen painoalueista ja tavoitteista sekä tutkimusrahoituksen jakamisen muista perusteista ja menettelystä sekä yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen arviointiryhmän asettamisesta, kokoonpanosta ja tehtävistä säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen kustannuksiin suoritettavaan korvaukseen ja yliopistotasoisen terveyden tutkimuksen rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista.

7 luku

Viranomaisvalvonta

47 §

Valvonta ja siihen liittyvä ohjaus

Sosiaali- ja terveysalueiden sekä tuottamisvastuussa olevien kuntien ja 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 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 sosiaalihuoltoa tai terveydenhuoltoa taikka terveydenhuollon ammattihenkilöä koskevaan valvonta-asiaan; sekä

4) asiat, joita aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston ja aluehallintovirastojen tarkemmasta työnjaosta ohjauksessa ja valvonnassa säädetään tarvittaessa valtioneuvoston asetuksella.

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 kuntiin ja kuntayhtymiin.

Ohjaus- ja arviointikäynneistä ja niiden ohjelmasta on sovittava ennakkoon asianomaisen sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja 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. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi määrätä aluehallintoviraston tekemään puolestaan edellä mainitun tarkastuksen. Tarkastus voidaan tehdä ennalta ilmoittamatta. Tarkastusmääräykseen ei saa hakea muutosta valittamalla.

Tarkastaja on päästettävä kaikkiin toimipaikan tiloihin. Tarkastuksessa on salassapitosäännösten estämättä esitettävä kaikki tarkastajan pyytämät asiakirjat, jotka ovat välttämättömiä tarkastuksen toimittamiseksi. Lisäksi tarkastajalle on salassapitosäännösten estämättä annettava maksutta hänen pyytämänsä jäljennökset tarkastuksen toimittamiseksi tarpeellisista asiakirjoista. Tarkastajalla on myös oikeus ottaa valokuvia tarkastuksen aikana. Tarkastajan apuna voi olla tarkastuksen toteuttamiseksi tarpeellisia asiantuntijoita.

Tarkastuksesta on pidettävä pöytäkirjaa. Tarkastuksessa erityisesti huomioon otettavista asioista ja tarkastusmenettelyn tarkemmasta sisällöstä sekä tarkastuksessa pidettävästä pöytäkirjasta ja sen säilyttämisestä ja säilyttämisajasta voidaan tarvittaessa säätää valtioneuvoston asetuksella.

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.

Aluehallintovirasto ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voi velvoittaa sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän noudattamaan 1 momentissa tarkoitettua määräystä sakon uhalla tai uhalla, että toiminta keskeytetään, taikka että toimintayksikön, sen osan tai laitteen käyttö kielletään.

Aluehallintoviraston ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston päätöstä toi-

minnan keskeyttämisestä taikka toimintayksikön, sen osan tai laitteen käytön kieltämisestä on noudatettava muutoksenhausta huolimatta, jollei muutoksenhakuviranomainen toisin määrää.

Mitä tässä pykälässä säädetään, ei koske lääkelaissa (395/1987) tarkoitettua toimintaa, jonka valvonnasta vastaa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, eikä säteilylaissa (592/1991) tarkoitettua toimintaa, jonka valvonnasta vastaa Säteilyturvakeskus. Jos Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto tai aluehallintovirasto on valvonnassaan havainnut lääkehuoltoa koskevia puutteita tai muita epäkohtia, niistä on ilmoitettava Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukselle. Säteilyn käyttöä koskevista puutteista ja epäkohdista on ilmoitettava Säteilyturvakeskukselle.

51 §

Hallinnollinen ohjaus ja kehotus

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon järjestämisessä tai toteuttamisessa havaittu puute, virheellisyys, laiminlyönti tai muu epäkohta ei anna aihetta edellä 65 §:ssä tarkoitettuihin toimenpiteisiin, aluehallintovirasto ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voivat saattaa sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja 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 tarkoitettuja toimenpiteitä ei voida asian kokonaisarviointiin vaikuttavat seikat huomioon ottaen pitää riittävinä, aluehallintovirasto ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto voivat antaa valvottavalle huomautuksen vastaisen varalle.

Tässä pykälässä tarkoitettuun aluehallintoviraston tai Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston antamaan hallinnolliseen ohjaukseen tai kehotukseen ei saa hakea muutosta valittamalla.

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.

Muistutus ja kantelumenettelyyn perustuvasta asian ottamisesta käsiteltäväksi säädetään erikseen hallintolaissa (432/2003), potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) ja sosiaalihuollon asiakaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000).

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 §

Varautuminen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin

Sosiaali- ja terveysalueen on varauduttava valmiussuunnitelmin sekä muilla toimenpiteillä yhteistyössä alueensa kuntien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien 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 tarkoitetulla 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.

55 §

Toimivalta häiriötilanteissa

Kahta tai useampaa tuottamisvastuussa olevaa kuntaa tai kuntayhtymää koskevassa häiriötilanteessa sosiaali- ja terveysalue voi määrätä jonkun alueensa tuottamisvastuussa olevista kunnista tai 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 kunnan tai 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 kunnan tai kuntayhtymän on ilmoitettava häiriötilanteista ja suuronnettomuuksista sosiaali- ja terveysministeriölle ja alueensa aluehallintovirastolle.

56 §

Järjestämisvastuun siirtyminen eräissä tapauksissa

Jos henkilö on sijoitettu perhehoitoon, laitoshoitoon tai asumispalvelujen avulla järjestettyyn asumiseen toisen kunnan alueelle ja hän käyttää kotikuntalain (201/1994) 3 a §:ssä säädettyä kotikunnan valintaoikeuttaan, palveluja koskeva järjestämisvastuu siirtyy henkilön muuttopäivästä lukien sille sosiaali- ja terveysalueelle, johon uusi kotikunta kuuluu.

57 §

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, laitoshoitoa tai asumispalveluita, voi hakea näitä palveluja siltä tuottamisvastuussa olevalta kunnalta tai kuntayhtymältä, johon tämä toinen kunta kuuluu, samoin perustein kuin jos hän olisi tämän toisen kunnan asukas.

Sen kunnan tai kuntayhtymän, jolle hakemus on saapunut, tulee

1) ilmoittaa salassapitosäännösten estämättä hakemuksesta ja sen käsiteltäväksi ottamisesta välittömästi sille kunnalle tai kuntayhtymälle, jolla on 6 §:n perusteella tuottamisvastuu hakijalle annettavista sosiaali- ja terveyspalveluista;

2) käsitellä hakemus ja arvioida hakijan palvelutarve yhteistyössä palveluiden tuottamisvastuussa hakemushetkellä olevan kunnan tai kuntayhtymän kanssa; sekä

3) tehdä asiassa päätös.

Hakemusta ei kuitenkaan käsitellä, jos hakija on jo tehnyt vastaavan hakemuksen toiselle kunnalle tai kuntayhtymälle ja asian käsittely on vielä kesken.

Jos tuottamisvastuussa oleva kunta tai 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.

58 §

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 tarkoitetut tällaisen henkilön perheenjäsenet.

59 §

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 potilaskirjoille. Näihin asiakas- ja potilasasiakirjoihin ja niiden käsittelyyn sovelletaan mitä niistä säädetään sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000), potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (159/2007), viranomaisen toiminnan julkisuudesta annetussa laissa (621/1999) ja henkilötietolaissa.

Sosiaali- ja terveysalueen asiakas- ja potilasrekisterit tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) mukaisia valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja käyttäen.

Tuottamisvastuussa oleva kunta ja kuntayhtymä vastaavat omassa ja 16 §:n 1 momentin 3–5 kohdassa tarkoitetulla tavalla toteuttamansa toiminnan yhteydessä laadittujen asiakas- ja potilasasiakirjojen virheettömyydestä. Lisäksi tuottamisvastuussa oleva kunta ja kuntayhtymä vastaa omalta osaltaan, että sen omassa toiminnassa ja muualta hankituissa palveluissa noudatetaan 1 ja 2 momentissa mainittujen lakien säännöksiä asiakas- ja potilastietojen käsittelystä.

60 §

Henkilöstön ammattitaidon ylläpito

Sosiaali- ja terveysalueen sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja 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.

61 §

Muutoksenhaku

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän sekä tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän päätökseen haetaan muutosta siten kuin kuntalain 11 luvussa säädetään, jollei muualla laissa toisin säädetä.

Tämän lain nojalla tehtyyn valtion viranomaisen päätökseen haetaan muutosta valittamalla siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään.

62 §

Voimaantulo

Tämän lain voimaantulosta säädetään erikseen lailla.

———

2.

Laki

sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaanpanosta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 §

Voimaantulo

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (xxxx/2014), jäljempänä *järjestämislaki*, tulee voimaan päivänä kuuta 2015.

Järjestämislain mukainen sosiaali- ja terveysalueiden järjestämisvastuu ja tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien tuottamisvastuu alkaa 1 momentista poiketen kuitenkin 1 päivänä tammikuuta 2017.

Edellä 1 momentissa säädetystä poiketen järjestämislain xx - xx §:t tulevat voimaan 1 päivänä tammikuuta 2017.

2 §

Eräiden järjestämislain säännösten soveltaminen kuntiin ja kuntayhtymiin

Järjestämislain xx–xx §:iä sovelletaan kuntiin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiin ja yhteistoiminta-alueisiin vuoden 2016 loppuun saakka.

3 §

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymiin kuuluvat kunnat

Kunta kuuluu järjestämislain 10 §:n mukaisia sosiaali- ja terveysalueita ensimmäisen kerran muodostettaessa 2–6 momentin mukaiseen sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymään.

1) Sosiaali- ja terveysalueen 1 kuntayhtymään kuuluvat seuraavat kunnat:

2) Sosiaali- ja terveysalueen 2 kuntayhtymään kuuluvat seuraavat kunnat:

3) Sosiaali- ja terveysalueen 3 kuntayhtymään kuuluvat seuraavat kunnat:

4) Sosiaali- ja terveysalueen 4 kuntayhtymään kuuluvat seuraavat kunnat:

5) Sosiaali- ja terveysalueen 5 kuntayhtymään kuuluvat seuraavat kunnat:

4 §

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 2–6 momentissa säädetyistä 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 enintää 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. Edellä säädetyllä tavalla määritellyn kunnan edustajien äänimäärän on kuitenkin oltava alle 50 prosenttia koko alueen asukasluvun mukaisesta äänimäärästä.

Edustajainkokous on päätösvaltainen, kun kokouksessa on edustettuna vähintään kaksi kolmannesta alueen kunnista ja niiden asu-

kasluku on vähintään puolet kaikkien alueeseen kuuluvien kuntien yhteenlasketusta asukasluvusta.

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

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perussopimuksen hyväksymisestä on päätettävä viimeistään 31 päivänä lokakuuta 2015. Perussopimus on toimitettava tiedoksi sosiaali- ja terveysministerilölle viimeistään 2 päivänä marraskuuta 2015. Kuntayhtymän on aloitettava toimintansa viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2016.

5 §

Valtioneuvoston toimivalta sosiaali- ja terveysalueen perustamiseksi

Jos sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perussopimuksesta ei ole päätetty 4 §:n 6 momentissa säädettyyn ajankohtaan mennessä valtioneuvosto päättää kuntalain 78 §:n 3 momentissa säädetyistä 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.

6 §

Tuottamisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät

Kunnan ja kuntayhtymän on ilmoitettava sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymälle viimeistään 1 päivänä helmikuuta 2016 halukkuutensa toimia järjestämislain 14 §:n mukaisena tuottamisvastuussa olevana kuntana tai 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- 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 kuntia ja 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 pykälässä säädettyä menettelyä noudattaen. Tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä on perustettava siten, että se voi ottaa vastaan tämän lain mukaisen tuottamisvastuun 1 päivänä tammikuuta 2017.

7 §

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 saatavuus varmistetaan tuottamisvastuun siirtyessä järjestämislain 14 ja 15 §:n mukaisille kunnille ja kuntayhtymille.

8 §

Henkilöstön asema

Tuottamisvastuussa olevia kuntia ja kuntayhtymiä muodostettaessa kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon teh-

tävissä, hallinnossa ja muissa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä olevat henkilöt siirtyvät tuottamisvastuussa olevan kunnan tai kuntayhtymän palvelukseen. Henkilöt siirtyvät sen tuottamisvastuussa olevan kunnan tai 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 kuntien ja kuntayhtymien perustamista koskevat päätökset toteutetaan yhteistoiminnassa kuntien henkilöstön edustajien kanssa sen mukaisesti, mitä työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta kunnissa annetussa laissa (449/2007) säädetään.

9 §

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.

Kuntayhtymän jäsenkunnat ovat velvollisia muuttamaan kuntayhtymän perussopimusta siten, että kuntayhtymän tehtävät rajoittuvat vuoden 2017 alusta lukien kiinteistöjen, rakennusten ja niihin liittyvien laitteiden, koneiden ja kalusteiden omistukseen, hallintaan ja vuokraamiseen tuottamisvastuussa oleville kunnille ja 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).

10 §

Oikeuksien ja velvoitteiden siirtyminen

Tämän lain voimaan tullessa kuntien ja kuntayhtymien järjestämisvastuulle kuuluvaan sosiaalihuoltoon ja terveydenhuoltoon liittyvät oikeudet, luvat ja velvoitteet siirtyvät sosiaali- ja terveysalueen päätöksen mukaisesti sille kunnalle tai kuntayhtymälle, jolle palvelujen tuottamisvastuu siirtyy. Jos kunta tai kuntayhtymä tekee tämän lain vahvistamisen ja tuottamisvastuussa olevan kunnan tai kuntayhtymän toiminnan käynnistymisen välisenä aikana sopimuksia velvoitteista, jotka jatkuvat tuottamisvastuussa olevan kunnan tai kuntayhtymän toiminnan käynnistymisen jälkeen, sopimuksen tehnyt kunta tai kuntayhtymä vastaa velvoitteista, jos sopimuksen tekijä ja tuottamisvastuussa oleva kunta tai kuntayhtymä eivät toisin sovi.

Jos tuottamisvastuu siirtyy kahdelle tai useammalle kunnalle tai 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 edellä 1 ja 2 momentissa säädetään.

11 §

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 asukaskohtaista rahoitusosuutta tasataan vuosina 2017–2019. Tasaus tehdään siten, että järjestämislain 33 §:n mukaista asukaskohtaista rahoitusosuutta korotetaan tai alennetaan siten, että edellä mainitusta poikkeamas-

ta otetaan huomioon kunakin vuonna yhtä suuri osuus. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan tarvittaessa anntaa tarkemmat säännökset tasauksen toteuttamisesta.

12 §

Muutostuki kunnille ja kuntayhtymille

Järjestämislain 25 §:n 1 momentissa tarkoitettu sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikön tehtävänä on tukea kuntia, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiä sekä perustettavia sosiaali- ja terveysalueita uudistuksen toteutuksessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos osallistuu muutostuen toteutukseen.

Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymille osoitetaan kullekin vuosittain viiden henkilötyövuoden palkkaamiseen tarkoitettu määräraha vuosille 2015 – 2017 uudistuksen toimeenpanoon. Ennen sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymän perustamista toimeenpanoa tukevia henkilöitä voidaan palkata vuonna 2015 aluehallintovirastoihin.

13 §

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.

14 §

Lain voimaantulo

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 2015.

———

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 tai terveyden- ja sairaanhoidon 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 yhtiön 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 tarkoitetussa käytössä; tai

2) osakkeet oikeuttavat 1 momentissa tarkoitetussa 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 liittymisestä 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.

Lakia sovelletaan lain voimaantulopäivänä tai sen jälkeen tehdyn sopimuksen perusteella tapahtuvaan luovutukseen.