VALTIONEUVOSTO
STATSRÅDET

Sote-uudistus

Vastine eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 6.5.2021

HE 241/2020 vp
Vastineen teemat: ICT ja tiedonhallinta; hyte; ympäristöterveydenhuolto, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueet, valvonta, valmius ja varautuminen

Sosiaali- ja terveysministeriö
Valtiovarainministeriö

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ... 3
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (6 ja 7 §) ... 3
Vastuunjako ja rakenteet ... 3
Järjestöjen asema ... 8
Suunnittelu, päätöksenteko ja seuranta ... 10
Muut lausunnoissa esiin nousseet asiat ... 14
Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueita koskeva sääntely (35 - 38 §) ... 15
6 luku Omavalvonta ja viranomaisvalvonta ... 26
40 § Hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan omavalvonta ... 26
41 § Hyvinvointialueen ohjaus- ja valvontavelvollisuus ... 28
42 § Viranomaisvalvonta ja siihen liittyvä ohjaus ... 30
43 § Valvonta-asian käsittely ... 31
44 § Viranomaisten välinen yhteistyö ... 32
45 § Ohjaus- ja arviointikäynnit ... 33
46 § Tarkastusoikeus ... 34
47 § Hallinnollinen ohjaus ... 36
48 § Määräykset ja uhkasakko ... 36
49 § Valvontaviranomaisen tiedonsaantioikeus ... 37
Valmius ja varautuminen (7 luku) ... 38
Hyvinvointialueiden väliset kustannusten korvaukset (57 §) ... 44
Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta ... 45
Ympäristöterveydenhuolto ... 45
Esityksen vaikutusarvioinnit ... 46
ICT- ja tiedonhallinta ... 55
Uudenmaan alueen yhteinen tietojärjestelmä ... 55
Kanta-palveluiden kehittäminen ja mahdollisuudet ... 56
Tietojohtaminen ... 57
Teknologisen kehityksen huomiointi ... 58
Uudistuksen toteuttaminen ja aikataulu ... 59
Muita lausunnoissa esiin tuotuja huomioita ... 59
Sosiaalihuollon asema uudistuksessa ... 59

Kuntoutus sote-uudistuksessa 61

Asiakkaansuoja sote-palveluissa 62

Kustannusten hillintä 62

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (6 ja 7 §)

Vastuunjako ja rakenteet

Valtakunnallisen kansanterveystyön johtajaverkosto ja HUS toteavat, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asema lakiehdotuksissa on ilahduttavan vahva. Socca Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus toteaa, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (HYTE) on kansallisella tasolla viety poikkeuksellisen sinnikkäästi eteenpäin, mikä näkyy myönteisesti myös nyt esillä olevassa hallituksen esityksessä. Erittäin hyvä on myös se, että hyvinvointialueille ja kunnille avataan myös hyte-kriteereihin perustuvia taloudellisia kannusteita. Toimintaterapeuttiliitto Ry puolestaan katsoo, että esityksessä olisi nykyistä paremmin huomioitava väestön terveyden edistäminen sekä ennaltaehkäisevä työ- ja toimintakyvyn ylläpito.

Valtakunnallisen kansanterveystyön johtajaverkoston ja HUSin näkemyksen mukaan hyvinvointialueen ja kuntien HYTE-roolien määrittely on hyvin puntaroitu ja tasapainoinen. Pyhtään kunta toteaa, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuus ja tehtävien jako maakunnan ja kunnan välillä on lakiesityksessä kuvattu selkeästi. POSOTE20 -hanke (Pohjois-Savon liitto) katsoo, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön jakautuminen kuntien ja tulevan hyvinvointialueen välille kuvautuu lakiehdotuksen perusteella kannatettavasti ja luo jatkossakin pohjan hyvälle yhteistyölle hyvinvointialueen ja kuntien välillä. STTK katsoo, että esityksessä tehty määrittely kunnan ja hyvinvointialueiden tehtävistä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä on pääosin selkeä ja riittävä. Hammaslääkäriliitto toteaa, että terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kuuluminen sekä kunnan että hyvinvointialueen tehtäviin on esityksessä perusteltu hyvin. Valtion tulee kuitenkin seurata säädöksiin vahvasti kirjattujen tavoitteiden toteutumista mittareilla ja arvioida toteutumista kunkin hyvinvointialueen kanssa käytävissä tulos- tms. neuvotteluissa.

Mielenterveyspooli katsoo, että hyvinvointialueiden vastuuta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä on laajennettava esitetystä. Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä KEUSOTE ja Porvoon kaupunki toteavat, että hyvinvointityö toteutetaan paikallisesti kunnissa, minkä vuoksi niiden roolia kannattaisi vahvistaa.

Oulun kaupunki toteaa, että erittäin tärkeä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistehtävä, jakautuu uudessa tilanteessa kahdelle toimijalle, kunnille ja hyvinvointialueelle. Ehdotettujen velvoitteiden, kuten esim. hyvinvointikertomusten laatimisen lisäksi huomiota tulee kiinnittää mm. työnjaon kehittämiseen ns. matalan kynnyksen palveluissa ja työllistämistoimissa. Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Kymsote toteaa, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kuntien ja hyvinvointialueiden yhteinen tehtävä. Tähän lakiluonnoksessa ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Konkreettisella asiakastason yhteistyöllä kuntien ja hyvinvointialueiden välillä on mahdollista edistää asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia ja hillitä sote-kustannusten kasvua.

Tenure track –tutkija Liina-Kaisa Tynkkynen toteaa, että vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä jakautuu kuntien ja hyvinvointialueiden välille. Samaan aikaan, kun tämä lienee ainoa järkevä ratkaisu, sisältyy uudistukseen riski hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen jäämisestä ns. ”ei kenenkään maaksi”. Prof. Stenvall toteaa, että hyvinvoinnin edistäminen on toki itsessään tärkeä tehtävä, jota kunnat tulevat tekemään asukkaiden tarpeiden takia. Hyvinvoinnin edistämisellä voidaan vähentää lisäksi sote-palveluiden kysyntää. Intressiriidat ovatkin

ilmeiset. Kriittisesti kysymys on siitä, miksi kunta panostaisi hyvinvoinnin edistämiseen, jos siitä koituvat hyödyt menevät toiselle organisaatiolle. Uudistuksen sisällöt painottavat lähinnä hyvinvointialueiden vaikutusvaltaa kuntiin nähden, vaikka kunnatkin tarvitsevat hyvinvointialueita hyvinvoinnin edistämisessä. Professori toteaa ehdottavansa kirjausta siitä, kuntien edustajien vaikutusvalta turvataan hyvinvointialueella hyvinvoinnin edistämisen ja siihen liittyvien yhtenäisten palveluketjujen varmistamiseksi.

Suomen Fysioterapeutit ry toteaa, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osalta vastuunjakoa tulee vielä selkeyttää ja terveyden edistämistyön riittävä osaaminen kunnissa on varmistettava. Valtiontalouden tarkastusvirasto tuo esiin, että vastuu- ja työnjakoa kuntien ja hyvinvointialueiden välillä sekä muiden toimijoiden (kuten järjestöjen) roolia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä tulisi selventää. Tutkimusjohtaja Sorsa toteaa, että vaarana on, että terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuut eivät tule riittävän selkeiksi, eivätkä kaikki toimijat takaa tai voi taata riittäviä resursseja yhteistyön toteuttamiseen. Rakenteellinen vastuu monitoimijaisesta yhteistyöstä perustuu esityksessä pääasiallisesti hyvinvointialueen vastuunottoon. Suurimmat riskit kohdistuvat kehittämistoiminnan koordinaation mahdollisuuksiin ja resursointiin. Lainsäädännön tulisi turvata, että hyvinvointialueiden ja kuntien toimintaa koskevien ennaltaehkäisevien palveluiden yhteiseen tutkimus- ja kehittämistyöhön on saatavilla riittävät resurssit.

Prof. Pohjola tuo esiin, että on selkiytettävä sitä, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa hoidetaan, kun sote-henkilöstö siirtyy sote-/hyvinvointialueille. Säädöksiin tarvitaan kirjaus, että kunnissa tulee olla sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita vastuuhenkilöinä koordinoimaan järjestämislaissa tarkoitettua sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuutta.

Vararehtori Teperi toteaa, että nyt terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen jää jaetusti sekä kuntien että hyvinvointialueiden tehtäväksi. Tämä on sinänsä perusteltu ratkaisu, sillä kunnissa tehdään muiden kuin sote-sektorin osalta paljon välittömästi kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavia päätöksiä (esim. sivistystoimen, liikunnan, elinkeinopolitiikan, asumisen, kaavoituksen ja liikenteen ratkaisujen kautta). Alueellisesti kestävä malli syntyy silloin, kun nyt perustettavat hyvinvointialueet tekevät kiinteää yhteistyötä peruskuntien ja järjestökentän kanssa. Koska uusi lainsäädäntö ei anna tässä suhteessa selkeitä ja sitovia määräyksiä, ennaltaehkäisevän ja edistävän toiminnan vaikuttavuus jää paljolti riippumaan hyvinvointialueen ja muiden maakunnan alueella toimivien organisaatioiden valveutuneisuudesta.

Akava katsoo, että mahdollisuuksia palveluketjujen kehittämiselle, palvelujen saatavuuden parantamiselle ja painopisteen siirtymiselle kohti perustason palvelujen vahvistamista heikentää muun muassa potentiaalisesti heikoksi jäävä yhteistyö terveyden edistämisessä kuntien ja hyvinvointialueiden kesken. Ikäinstituutti mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen edellyttää monitoimijaista lähestymistapaa, minkä vuoksi käytännöistä, vastuista ja yhteistyön tavoista on sovittava selkeästi kunnissa ja hyvinvointialueilla sekä näiden yhteistyössä. Eksote toteaa, että lakiesityksessä on hyvä täsmentää vielä hyvinvointialueen koordinoijan roolia sekä kuntien kanssa tehtävää yhteistyötä. Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä KEUSOTE ja Porvoon kaupunki toteavat, että hyvinvoinnin edistämisen koordinoivia yhteistoiminnan rakenteita on tarpeen vahvistaa erityisesti kunnan ja hyvinvointialueen liitospinnassa ja vähentää eri toimijoiden välistä byrokratiaa.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä PHHYKY arvioi, että hyte-tavoitteiden toteuttaminen edellyttää monissa kunnissa lisäresurssien asettamista ja nykyistä laajempaa kuntien valista

yhteistyötä. Vaikuttava hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen hyvinvointialueella edellyttää hallituksen esityksessä kuvatun lisäksi kuntien vastuulla olevaa maakunnan laajuista hyte-rakennetta, esimerkiksi maakuntaliiton yhteyteen.

Socca Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus toteaa, että Uudellamaalla kuntien ja hyvinvointialueiden lisäksi myös HUS-yhtymä on omien lakisääteisten tehtäviensä osalta vastuussa HYTE-työstä. Kokonaisuuden hahmottaminen, työnjaosta sopiminen ja yhteinen tiedontuotanto tulee olemaan erityisen haasteellista koska toimijoita on paljon.

Eduskunnan sivistysvaliokunta toteaa lausunnossaan (SiVL 5/2021 vp), että kulttuuri- ja liikuntapalveluiden tulee näkyä myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisessa, suunnittelussa ja toimeenpanossa kuntien ja hyvinvointialueiden yhteisenä asiana. Tähän ns. yhdyspintayhteistyöhön ei hallituksen esityksessä ole yksityiskohtaisia säännöksiä, joten sen toteuttaminen tapahtuu paikallisen ja alueellisen päätöksenteon perusteella. Valiokunta kannustaa toimivien ratkaisujen levittämistä kaikkien kuntien ja alueiden hyödynnettäviksi.

Vaasan kaupunki toteaa, että kunnat tarvitsevat johtamiseen reaaliaikaista tietoa ja erityisesti hyvinvoinnin edistämisen tehtävän toteutuminen vaatii onnistuneeseen toteuttamiseen monipuolista tietoa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tilasta. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa koskevien riittävien tietojen liikkuminen kuntien ja kuntayhtymien välillä on todettu jo aikaisemmin haasteelliseksi ja uudistukseen liittyvänä keskeisenä riskinä on, että tilanne sote-tehtävien järjestämisvastuun siirron yhteydessä hankaloituu. Lainsäädännöllä tulee varmistaa, että kunnilla on niiden lakisääteisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistehtävän toteuttamiseksi riittävän kattava ja ajantasainen tietopohja. Espoon seudun koulutusyhtymä Omnia toteaa, että velvollisuus ajantasaisen tiedon saamiseen tulisi erikseen kirjata järjestämislain 7 §:ään osaksi hyvinvointialueiden koulutuksen järjestäjille (kunnille) tuottamaan asiantuntijatukeen.

Ensi- ja turvakotien liiton mukaan pitäisi säätää velvoite järjestötoiminnan yhteistoiminnan rakenteista ja vastuutahosta Hali Ry. Terveystalo ja Soste katsovat, että on varmistettava, että jokaiselle alueelle muodostuu toimiva yhteistyörakenne ja että alueilla on nimetty vastuutaho järjestöyhteistyöhön. Mielenterveyspooli toteaa, että hyvinvointialueen ja järjestöjen yhteistyön turvaamiseksi alueiden rakenteista on säädettävä siten, että hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn vastuutahojen joukossa on oltava yhteistyötoimielin, jossa ovat edustettuna hyvinvointia ja terveyttä edistävää työtä tekeviä järjestöjä. Mieli ry ehdottaa, että sote-järjestämislain 6 ja 7 §:ää täydennetään seuraavalla virkkeellä: Kunnan/Hyvinvointialueen on nimettävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho ja yhteistyötoimielin, jossa on edustettuna kunnassa/hyvinvointialueella hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevät järjestöt. Mieli ry toteaa, että vastuutahon tulee pitää yllä tiedostoa oman alueen sote-järjestöistä, jotka tuottavat yleishyödyllisiä hyvinvointia ja terveyttä tukevia palvelua, neuvontaa ja tukea. Omaishoitajaliitto ry katsoo, että sote-uudistuksessa on linjattava hyvinvointialueiden sekä sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyötä selkeämmin. Hyvinvointialueiden on koottava omaishoitajille tukea tarjoavien järjestöjen edustus omaishoidon kehittämisen toimikuntaan.

Sydänliiton mukaan vastuutahojen joukossa on oltava yhteistyötoimielin, jossa ovat edustettuna hyte-työtä tekeviä järjestöjä. Toissijaisesti järjestöneuvottelukunta tai jaosto tulee kuvailla lain perusteluissa nimenomaisina keinoina tehdä järjestöyhtesityötä, jolloin edes näin näkyisi lainsäätäjän tahto, että järjestöyhtesityön tulee hyte-toiminnan osalta olla tavoitteellista, rakenteellista ja tuloksellista eikä vain muodollista tapailua tai tiedonkulun edistämistä. Väestöliitto

ry toteaa, että jokaisella sote-alueella tulisi olla virallinen toimielin sote-alueen ja järjestöjen yhteistyölle. Näiden toimielinten tehtävät ja asema on määriteltävä siten, että ne aidosti lisäävät ihmisten vaikuttamismahdollisuuksia ja osallisuutta. Yhteistyöelin edistäisi järjestöjen välistä sekä järjestöjen ja julkisen sektorin yhteistyötä, toimisi järjestökentän äänenä ja tukisi järjestöjen integroitumista entistä tiiviimmin mukaan sote-alueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Saamelaiskäräjät esittää sote-järjestämislain 7 §:ää täydennettäväksi säännöksellä, jonka mukaan Lapin hyvinvointialueen on tehtävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä yhteistyötä saamelaiskäräjien kanssa. Kela toteaa, että Kela tulisi huomioida esityksessä selkeämmin yhteistyökumppanina hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Kelan rooli kansallisena toimijana asiakkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä tulisi näkyä lainsäädännössä. Jää epäselväksi, miten Kelan ja aluetoimijoiden olemassa olevia toimintamalleja, tietoja sekä järjestelmäkokonaisuuksia hyödynnetään.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysminiteriö katsoo, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asema esityksessä on keskeinen ja sitä on säännelty kattavasti sote-järjestämislain 6 ja 7 §:ssä (myös verrattuna voimassa olevaan sitä koskevaan sääntelyyn), ja se on huomioitu hyvin myös esityksen muissa kohdissa (esim. sote-järjestämislain 4 luku Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen sekä hyvinvointialuelaki 41 § Hyvinvointialuestrategia).

Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavat laajasti yhteiskunnan ja sen osana kuntien ja perustettavien hyvinvointialueiden toiminta kokonaisuutena. Hyvinvointia edistävät yhdenvertaisuus, demokratia ja päätöksenteon läpinäkyvyys. Hyvinvoinnin kannalta tärkeää on mahdollisuus vaikuttaa itseään ja omaa yhteisöään koskeviin päätöksiin sekä osallisuus mielekkäässä ja omia yhteisöjä palvelevassa tekemisessä. Ihmisten hyvinvointi ja terveys ovat hyvinvointialueen järjestämisvastuulle siirtyvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisäksi yhteydessä moniin kunnalle jääviin lakisääteisiin tehtäviin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ei ole itsenäinen toimiala, vaan sitä toteutetaan osana kaikkea muuta toimintaa. Kunnalla olisi paras asiantuntemus toteuttaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä omassa toiminnassaan ja hyvinvointialueella omassa toiminnassaan. Siten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on ehdotetun mukaisesti perusteltua säätää sekä kunnan että hyvinvointialueen lakisääteiseksi tehtäväksi. Sote-järjestämislain 6 ja 7 §:n mukaan niillä olisi kummallakin ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä siltä osin kuin tämä tehtävä kytkeytyy niiden muihin lakisääteisiin tehtäviin. Kummankin olisi myös nimettävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutaho. *Sosiaali- ja terveysministeriö* katsoo, ettei vastuujakoa ole lailla mahdollista määritellä tarkoituksenmukaisella tavalla tarkemmin. Ministeriö korostaa, että kyseessä olisi sekä kunnan että hyvinvointialueen lakisääteinen tehtävä, jota lainmukaista toteuttamista myös valvontaviranomaiset osaltaan ohjaisivat ja valvoisivat.

Nykyiseen kuntien valtionosuusjärjestelmään verrattuna hyvinvointialueiden rahoituksesta ehdotettavaan lakiin otettaisiin uutena valtion rahoituksen määräytymisperusteena käyttöön hyvinvointialueiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerroin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kertoimen tarkoituksena olisi osaltaan kan-

nustaa ja tukea hyvinvointialueita toteuttamaan monipuolisia ja suunnitelmallisia toimia väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Myös kunnilla säilyisi uudistuksen jälkeen myös taloudellinen kannustin pyrkiä edistämään kuntalaistensa terveyttä ja hyvinvointia. Parempi terveys ja työllisyys näkyvät myönteisesti kuntien tulorahoituksessa (verotulojen kautta) ja kustannuksissa (perustoimeentulotuen ja työmarkkinatuen rahoitusosuuksien kautta). Tämän lisäksi uuteen kuntien valtionosuusjärjestelmään ehdotetaan rahoitukseen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen lisäosaa (100Me). Esitettävä euromäärä ei ole pieni suhteutettuna sote-uudistuksen jälkeiseen peruspalvelujen valtionosuuden kokonaismäärään. Sen suhteellinen osuus koko valtionosuudesta on noin viisi prosenttia.

Sote-järjestämislain 6 ja 7 §:n säädettäisiin kuntien ja hyvinvointialueiden sekä muiden toimijoiden, kuten järjestöjen, välisestä yhteistyöstä. Säännösehdotusten mukaan kunnan ja hyvinvointialueen olisi toimittava hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä yhteistyössä, tuettava toisiaan asiantuntemuksellaan sekä tehtävä yhteistyötä hyvinvointikertomuksen ja –suunnitelman laatimisessa. Kunnan hyvinvointialueelta tarvitsema asiantuntijatuki voisi käsittää monia asioita riippuen myös alueen erityispiirteistä, kuten tiedon tuottamista ja analysointia, alueellisen koulutuksen järjestämistä, yhteisten kehittämis- ja tutkimushankkeiden ja valtakunnallisten ohjelmien toimeenpanon koordinointia sekä osallistumista kuntien vaikutusten ennakkoarviointityöhön ja hyvinvointiryhmien työhön. Toisaalta myös hyvinvointialue tarvitsisi kunnan asiantuntemusta. *Sosiaali- ja terveysministeriö* ei täten katso tarkoituksenmukaiseksi kirjata yksittäisiä asiantuntijatuen osa-alueita erikseen lakiin.

Valtakunnallisesti kaikki hyvinvointialueet tekisivät keskenään yhteistyötä esimerkiksi sote-järjestämislain 23 §:ssä tarkoitetussa sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunnassa. Tätä kautta esimerkiksi eri alueilla tunnistettuja toimivia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ratkaisuja voitaisiin tuoda myös toisten hyvinvointialueiden ja niiden kautta edelleen myös niiden alueen kuntien ja muiden alueen toimijoiden tietoon.

Sote-järjestämislain 6 ja 7 §:n mukaan kunnan ja hyvinvointialueen olisi tehtävä yhteistyötä myös niiden alueella hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien muiden julkisten toimijoiden (esim. Saamelaiskäräjät ja Kela), yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Hyvinvointialueen olisi neuvoteltava vähintään kerran vuodessa yhdessä alueensa kuntien sekä muiden edellä mainittujen hyvinvointialueen alueella hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien toimijoiden kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevista tavoitteista, toimenpiteistä, yhteistyöstä ja seurannasta. Neuvottelut toimisivat edellä mainittujen toimijoiden yhteisenä foorumina, jossa olisi mahdollista muodostaa yhteinen käsitys alueen väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tarpeista, asettaa yhteiset tavoitteet, sopia toimenpiteistä, eri toimijoiden roolista, seurannasta sekä muista yhteistyön toteuttamiseen liittyvistä asioista, kuten tiedonjakamistavoista.

Yhteistyön jatkuvuuden ja vuorovaikutteisuuden turvaamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö katsoo tarkoituksenmukaiseksi, että tarkemmat yhteistyörakenteet ja toimintakäytännöt määritettäisiin toimijoiden itsensä toimesta kunkin alueen toimijat, tarpeet ja erityispiirteet sekä jo olemassa olevat yhteistyörakenteet huomioiden. Mahdollista olisi esimerkiksi perustaa yhteisiä neuvottelukuntia tai muita hyvinvoinnin ja tervey-

den edistämiseen keskittyviä yhteistyötoimielimiä. Sosiaali- ja terveysministeriö viittaa lisäksi ministeriöiden sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 21.4.2021 toimittamassa vastineessa (s. 24 ja 25) tältä osin lausuttuun. Kunnan, hyvinvointialueen, järjestöjen sekä muiden toimijoiden yhteistyön toteutumista myös edistettäisiin, seurattaisiin ja arvioitaisiin ministeriöiden toimesta hyvinvointialueen valtion ohjauksessa (sote-järjestämislaki 4 luku). Edellä mainitut kuntaa ja hyvinvointialuetta koskevat yhteistyövelvoitteet koskisivat Uudellamaalla myös HUS-yhtymää Uusimaa-lain 8 §:n perusteella.

Järjestöjen asema

Geronomiliitto toteaa, että vapaaehtois- ja vertaistoiminnan järjestämisestä vastaa suurelta osin 3. sektori. Jos näiden rahoittaminen vaikeutuu, merkittävää toimintaa uhkaa päättyminen. Invalidiliitto ry toteaa pitävänsä hyvänä, että lakiin on kirjattu sekä kunnan että hyvinvointialueen velvoite edistää hyte-työtä tekevien järjestöjen toimintaedellytyksiä ja vaikutusmahdollisuuksia. Liitto toteaa kantavansa samalla huolta todellisten toimintamahdollisuuksien turvaamisesta. Trendinä on valitettavasti ollut, että kunnat ovat pienentäneet toiminta-avustuksiaan ja vähentäneet toimitilojen tarjoamista paikallisten yhdistysten käyttöön.

Kehitysvammaliitto tuo esiin olevansa huolestunut järjestöjen asemasta suhteessa kuntiin ja hyvinvointialueisiin. Järjestöjen toteuttaman toiminnan näkökulmasta on edelleen epäselvää, mistä kuntien aiemmin järjestöille myöntämät avustukset jatkossa tulevat. Järjestöjen rooli tulisi huomioida vahvemmin. Järjestöjen rahoitukselle on löydyttävä pitkäkestoinen ja kestävä ratkaisu.

Turun kaupunki toteaa, että sote-uudistus tulee suurella todennäköisyydellä vaikeuttamaan sote-järjestöjen asemaa yleishyödyllisinä toimijoina. Uudistuksen toimeenpanossa tulee huolehtia järjestöjen asemasta ja varmistaa järjestöjen rahoitus erityisesti siirtymäaikana. Vaasan kaupunki katsoo, että kolmannen sektorin rooli on parannettava ja tarkennettava.

Autismiliitto toteaa, että sen erityinen huoli liittyy pääosin vapaaehtoisten varassa toimivien paikallisyhdistysten toimintaedellytyksiin kuntatasolla: pitävätkö kunnat enää jatkossa tarpeellisena tukea yhdistysten kohderyhmilleen organisoimaa vertaistuki-, harraste- ja muuta toimintaa. Mielenterveyspooli toteaa, että järjestöjen matalan kynnyksen toiminta on usein kustannustehokas tapa lisätä ihmisten hyvinvointia, mielenterveyttä ja toimintakykyä. Uudistuksen rahoituksessa on varmistettava, että nämä toiminnot eivät jää väliinputoajiksi, vaan rahoituspohjalle löydetään ratkaisut mahdollisesti hyvinvointialueiden sekä kuntien yhteistyönä ja että järjestöillä on myös jatkossa mahdollisuudet matalan kynnyksen toiminnan tuottamiseen.

Sydänliitto toteaa esityksessä hyvää olevan, että mahdollisuus avustaa hyte-järjestöjä on kirjoitettu lakiin, joskin korostaen sekä kuntien että maakuntien täydellisiltä harkintavaltaa avustaa tai olla avustamatta järjestöjä. Psykosociala förbundet rf:n mukaan yhdistysten tarjoama matalan kynnyksen toiminta on kustannustehokas tapa edistää ihmisten psyykkistä hyvinvointia ja toimintakykyä. Tämän toiminnan rahoituksen turvaaminen on olennaista. Soste toteaa, että kuntien ja hyvinvointialueiden on myös jatkossa tuettava järjestöjen toimintaa. Mieli ry toteaa, että järjestöjen roolia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä tulee vahvistaa. Mieli ry tuo katsoo, että hyvinvointialueita ja kuntia tulee velvoittaa tunnistamaan järjestölähtöiset apu- ja toimintamuodot alueellaan ja turvaamaan niiden toimintaedellytyksiä.

MLL pitää erittäin tärkeänä, että sekä kunnat että hyvinvointialueet tukevat kansalaisjärjestöjen toimintaedellytyksiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä. Hali Ry tuo esiin, että kuntien ja hyvinvointialueiden on myös jatkossa tuettava järjestöjen toimintaa esimerkiksi tarjoamalla tiloja. Lisäksi Hali Ry viittaa HALIn, SOSTEn ja Kuntaliiton 28.2.2020 tekemään yhteiseen kannanottoon: Hyvinvointialueen olisi huolehdittava siitä, että asiakkaat saavat palveluohjauksen yhteydessä tietoa alueen järjestölähtöisestä toiminnasta. Positiivista on, että esityksen perusteluteksteissä mainitaan sote-maakunnan velvollisuudeksi edistää järjestöjen toimintaedellytyksiä mahdollisuuksiensa mukaan esimerkiksi ohjaamalla asukkaita järjestölähtöisen toiminnan piiriin – tämän pitäisi kuitenkin olla aukoton velvoite. Terveystalo toteaa lausunnossaan yhtyvänsä Halin Ry:n edellä mainittuihin lausumiin.

Suomen lastenlääkäriyhdistyksen mukaan lainsäädännöllä tulisi selkeästi ohjata järjestöille suunnattavia varoja. Resursointi voisi tapahtua hyvinvointialueiden kautta alueelliset tarpeet huomioiden. Prof. Stenvall lausuu, että pitäisi mahdollistaa myös se, että kuntien ohella myös hyvinvointialueet voivat tukea kolmannen sektorin toimintaa. Omaishoitajaliitto ry toteaa, että hyvinvointialueiden on tarjottava kumppanuusrahoitusta järjestöille. Ensi- ja turvakotien liitto toteaa, että pitäisi säätää hyvinvointialueelle velvoite ohjata myös järjestöjen tuottamiin palveluihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö korostaa järjestöjen merkitystä kuntien ja hyvinvointialueen keskeisenä yhteistyökumppanina. Järjestöjen merkitys on suuri niin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä, ennaltaehkäisevässä työssä, asiantuntijaroolissa kuin palvelutuontantoon liittyvässä yhteistyössä. Hyvinvointialueiden ja kuntien näkökulmasta alueen järjestötoimijat muodostavat varsin moninaisen yhteistyöverkoston, joka on myös erilainen eri hyvinvointialueiden ja kuntien kesken.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että järjestöt on kokonaisuutena huomioitu sote-järjestämislaissa selvästi nykysääntelyä kattavammin. Sen lisäksi, että sote-järjestämislain 6 ja 7 §:ssä säädettäisiin hyvinvointialueen ja kunnan velvollisuudesta tehdä yhteistyötä järjestöjen kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä, niiden olisi säännösehdotusten mukaan myös edistettävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien järjestöjen toimintaedellytyksiä ja vaikutusmahdollisuuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Pykälien säännöskohtaisten perustelujen mukaan tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi asukkaiden ohjaamista järjestöjen toiminnan pariin, asiantuntija-avun antamista, toimitilojen luovuttamista järjestöjen käyttöön tai avustusten myöntämistä järjestöille. Kunnat edistävät osana hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötään järjestöjen toimintaedellytyksiä monin tavoin jo nykyisin.

Sote-järjestämislain 10 §:n 1 momentin mukaan hyvinvointialueen olisi myös edistettävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujensa yhteensovittamista muun muassa järjestöjen palvelujen kanssa. Hyvinvointialue päättäisi kuitenkin itse, miten se yhteensovittamisen toteuttaa. Kun väestön hyvinvoinnista, terveydestä ja turvallisuudesta huolehtiminen on hyvinvointialueen tehtävien pääasiallinen tarkoitus, hyvinvointialueilla olisi käytännössä vahvat kannusteet esimerkiksi ohjata asukkaitaan näitä tavoitteita edistävän järjestötoiminnan pariin. Hyvinvointialueen lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon edistämisvelvoitteiden toteutumista edistettäisiin, seurattaisiin ja arvioitaisiin myös hyvinvointialueen valtion ohjauksessa (sote-järjestämislaki 4 luku).

Järjestöjen olisi myös edelleen mahdollista toimia hyvinvointialueen ostopalvelujentuottajina.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa vielä, että kuntien ja hyvinvointialueiden tuki järjestöjen toiminnalle olisi jatkossakin nykytilaa vastaavasti vain yksi julkissektorin tapa edistää hyte-työtä tekevien järjestöjen toimintaa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekeviä järjestöjä tuetaan lisäksi valtionavustuksilla, jotka muodostavat keskeisen osan järjestöjen rahoituksesta. Merkittävin ulkomaisen rahoituksen lähde on Euroopan unioni. Muita rahoituksen lähteitä järjestöille ovat kertalahjoitukset, yritysyhteistyö ja jäsenmaksut.

Suunnittelu, päätöksenteko ja seuranta

Mannerheimin lastensuojeluliitto MLL esittää sote-järjestämislain järjestämislain sekä 6 §:n 2 momentin että 7 §:n 2 momentin sanamuodon muutamista seuraavasti: ”Sen on arvioitava ja otettava päätöksenteossaan huomioon päätöstensä vaikutukset ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen väestöryhmittäin”.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että sote-järjestämislain 6 §:n 2 momentin ja 7 §:n 2 momentin mukaan ”Sen (kunnan ja hyvinvointialueen) on otettava päätöksenteossaan huomioon päätöstensä *arvioidut* vaikutukset ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen väestöryhmittäin”. Ministeriö katso olevan selvää, että päätösten *arvioitujen* vaikutusten huomioon ottaminen sisältää myös vaikutusten arvioinnin, eikä siten katso tarpeelliseksi muuttaa säännöksiä esitetyllä tavalla.

HUS toteaa, että ehdotus hyvinvointikertomuksen vähimmäistietosisällöstä on tärkeä avaus eri alueiden HYTE-analyysin yhtenäistämisessä. Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä KEUSOTE ja Porvoon kaupunki toteavat, että tiedon ajantasaisuus ja vaikuttavuuden arviointi ovat edelleen haaste alueelliselle hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työlle ja siihen esitys ei anna uusia työkaluja. Tärkeintä on arvioituun ja paikalliseen hyvinvoinnin tilaan perustuvien tavoitteiden ja toimenpiteiden asettaminen. Tätä arviointia varten tarvitaan valtakunnallinen käyttökelpoinen ja määritelty kuntakohtainen mittari- ja tilastoseuranta.

Ikäinstituutti tuo esiin, että hyvinvointistrategioissa, -kertomuksissa ja -indikaattoreissa tulee olla hyvinvointia kuvaavia mittareita ja laadullisia arviointitapoja. Eduskunnan sivistysvaliokunta toteaa lausunnossaan (SiVL 5/2021 vp) pitävänsä välttämättömänä lapsi- ja nuorisovaikutusten arvioinnin hyödyntämistä hyvinvointialueiden kaikessa päätöksenteossa. HARSO (Harvinaisten sairauksien ja vammojen potilasyhdistysten organisaatio) toteaa, että väestöryhmittäin tehtävissä suunnitelmissa, seurannassa ja raporteissa sekä hyvinvointikertomuksessa- ja suunnitelmassa on huomioitava vammaiset ja pitkäaikaissairaat sekä myös harvinaissairaat ja –vammaiset. Invalidiliitto toteaa vaativansa, että sekä kunnallisissa että hyvinvointialueiden hyvinvointikertomuksissa määritellään vammaisia henkilöitä koskevia indikaattoreita.

Invaliidiliitto toteaa, että hyvinvointikertomuksissa ja -suunnitelmissa tulisi kuvata järjestöjen rooli ja toimintaedellytykset kuntia ja hyvinvointialueen palveluja täydentävässä hyte-työssä. Sydänliitto katsoo, että hyvinvointikertomuksessa ja -suunnitelmassa olisi oltava joko liitteenä tai varsinaisessa päätöksessä lista niistä toimiviksi havaituista hyte-toimista, joita sote-palveluiden rinnalla, tukena, tai ajallisesti juuri ennen tai jälkeen varsinaisen palvelun käytetään.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sote-järjestämislain 6 §:n ja 7 §:n mukaan hyvinvointialueen ja kunnan olisi strategisessa suunnittelussaan asetettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämiselle tavoitteet ja määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet. Niiden olisi otettava päätöksenteossaan huomioon päätöstensä arvioidut vaikutukset ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen väestöryhmittäin. Kunnan ja hyvinvointialueen hyvinvointikertomuksessa- ja suunnitelmassa olisi tarkasteltava niiden asukkaiden elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä näihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin sekä raportoitava toteutetuista ja suunnitelluista hyvinvoinnin ja terveydenedistämistoimenpiteistä. Väestöryhmäkohtaisella tarkastelulla varmistettaisiin eri väestöryhmien tilanteen ja tarpeiden monipuolinen tarkastelu ja vältettäisiin se, että hyvinvointialueen väestöä tarkasteltaisiin vain keskiarvojen kautta. Väestöryhmäkohtainen tarkastelu edellyttäisi muun muassa eri vammaisryhmien sekä pitkä- ja harvinaissairaiden henkilöiden huomiointia sekä lapsi- ja nuorisovaikutusten arvioinnin hyödyntämistä. Koska hyvinvointialueella olisi lain mukaan velvollisuus tehdä yhteistyötä järjestöjen kanssa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä sekä edistää niiden toimintaa, kuvattaisiin myös yhteistyö järjestöjen kanssa sekä kunnan että hyvinvointialueen hyvinvointikertomuksessa ja –suunnitelmassa. Sote-järjestämislain 29 §:n 4 momentin mukaan sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voitaisiin säätää kunnan ja hyvinvointialueen hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman vähimmäistietosisällöstä. Asetuksella voitaisiin siten tarkemmin määritellä esimerkiksi käytettävät vähimmäismittarit ja -indikaattorit sekä muita vähimmäistietosisältöjä.

Laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjaan liittyviä kysymyksiä on käsitelty ministeriöiden sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 22.4.2021 toimittamassa hyvinvointialueiden ohjausta koskevassa välivastineessa. Sosiaali- ja terveysministeriö viittaa tältä osin kyseiseen vastineeseen.

Professori Pohjola toteaa, että sosiaalinen hyvinvointi rakentuu ihmisten arjen toimintaympäristöissä. Tähän perustuen yhteisöllistä, ehkäisevää ja rakenteellista sosiaalityötä ei voi siirtää pois kunnissa tehtävän työn yhteydestä. Yhteyden säilyminen edellyttää sosiaalityön organisoitumisen tarkentamista. Rakenteellisen sosiaalityön roolia on kuvattu HE:n taustateksteissä osana sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä (s. 49, 382). Sen paikka ja asema sote-organisoinnissa jää kuitenkin epäselväksi. Sote-/hyvinvointialueen velvoite rakenteellisen sosiaalityön hyödyntämiseen tuleekin kirjata pykäliin, jotta siitä saadaan toimiva keino ehkäisevän ja edistävän toiminnan strategiseen kehittämiseen palveluiden tueksi. Rakenteellisen sosiaalityön avulla asiakkaiden elämäntilannetietoa voidaan hyödyntää myös hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman laadinnassa. Lisäksi lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 6 § sekä 7 § 3 momenttien loppuun (ennen mom. viimeistä lausetta) tulee lisätä: ”Asukkaiden elinolojen ja sosiaalisen hyvinvoinnin vaikutussuhteiden raportoinnissa sekä hyvinvointikertomuksen ja -suunnitelman laatimisessa hyödynnetään rakenteellisen sosiaalityön tuloksia”.

Sosiaalialan koulutettujen ammattijärjestö Talentia ry toteaa, että järjestämislain 7 §:ään kirjattu sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asiantuntijatuen antaminen kunnille on tärkeä tehtävä. Kyse on strategisella tasolla olevasta suunnittelusta ja organisoinnista, mutta myös siitä miten asiakastyöstä nousseet havainnot tuodaan osaksi palveluiden kehittämistä. Tältä osin sosiaalihuoltolakiin (2015) sisältyvän rakenteellisen sosiaalityön (9 §) yhteys hyvinvoinnin edistämiseen on keskeinen, kuten järjestämislain 7 §:n yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan. Hallituksen esitystä tulee tarkentaa siten, että rakenteellinen sosiaalityö viedään pykälätasolle.

Sosiaalityöntekijöiden seura ry toteaa, että säännöskohtaisiin perusteluihin jäävä kuvaus rakenteellisen sosiaalityön mahdollisuuksista tuoda esiin asiakkaiden tarpeita sekä niiden yhteiskunnallisia yhteyksiä ei ole riittävä. Tavoitteen tulee näkyä sote-lainsäädännössä, pykälätasolla.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Rakenteellisesta sosiaalityöstä säädetään voimassa olevan sosiaalihuoltolain (1301/2014) 7 §:ssä. Pykälään on esitetty tehtäväksi sote-uudistuksesta johtuvat tekniset muutokset hallituksen esityksellä 56/2021 vp. Pykälä kuuluisi muutetussa muodossaan seuraavasti:

7 § Rakenteellinen sosiaalityö

Rakenteellisella sosiaalityöllä on huolehdittava sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalisia ongelmia koskevan tiedon välittymisestä ja sosiaalihuollon asiantuntemuksen hyödyntämisestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Rakenteelliseen sosiaalityöhön kuuluu:

1) sosiaalihuollon asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä sekä tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon vaikutuksista;

2) tavoitteelliset toimet ja toimenpide-ehdotukset sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä hyvinvointialueen asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi;

3) sosiaalihuollon asiantuntemuksen tuominen osaksi hyvinvointialueen muiden toimialojen ja kunnan suunnittelua sekä yhteistyö yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen kanssa paikallista sosiaalityötä sekä muuta palvelu- ja tukivalikoimaa kehittäen.

Sote-järjestämislain 6 §:n ja 7 §:n mukaan sekä kunnan että hyvinvointialueen olisi strategisessa suunnittelussaan asetettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämiselle tavoitteet ja määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet. Niiden olisi otettava päätöksenteossaan huomioon päätöstensä arvioidut vaikutukset ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen väestöryhmittäin. Niiden olisi seurattava alueensa asukkaiden elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin. Niiden olisi raportoitava asukkaiden hyvinvoinnista ja terveydestä, niihin vaikuttavista tekijöistä sekä toteutetuista toimenpiteistä valtuustolleen vuosittain. Lisäksi niiden olisi valmisteltava valtuustolleen valtuustokausittain hyvinvointikertomus ja -suunnitelma edellä mainituista asioista.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että edellä mainittujen lakisääteisten velvoitteiden toteuttaminen edellyttäisi kunnilta ja hyvinvointialueilta eri tavoilla tuotetun tiedon hyödyntämistä. Rakenteellisen sosiaalityön tuottamat tiedot olisivat keskeinen, muttei ainut, tietolähde. Ministeriö ei kuitenkaan katso tarkoituksenmukaiseksi tai mahdolliseksi säätää kaikista eri tiedoista ja tietolähteistä, joita kuntien ja hyvinvointialueiden tulee suunnittelussaan, päätöksenteossaan ja seurannassaan hyödyntää. Ministeriö toteaa, että rakenteellisen sosiaalityön tuottaman tiedon hyödyntäminen on turvattu lailla sosiaalihuoltolain 7 §:n säännöksellä. Näin ollen ministeriö ei katso tarpeelliseksi muuttaa sote-järjestämislakia tältä osin.

Saamelaiskäräjät esittää sote-järjestämislain 6 ja 7 §:n täydentämistä seuraavasti: ”Saamelaisten kotiseutualueeseen kuuluvan kunnan on laadittava saamelaisia koskeva hyvinvointikertomus ja -suunnitelma yhteistyössä Saamelaiskäräjien kanssa. Lapin hyvinvointialueen hyvinvointikertomus ja -suunnitelma laaditaan yhteistyössä Saamelaiskäräjien kanssa.” Invalidiliitto toteaa, että hyvinvointikertomuksien ja –suunnitelmien valmistelussa tulee olla mukana vammaisia henkilöitä heitä edustavien järjestöjen ja vammaisneuvostojen kautta. Vammaisfoorumi esittää, että alueellinen vammaisneuvosto osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 7 §:ssä tarkoitetun alueellisen hyvinvointikertomuksen ja hyvinvointisuunnitelman laadintaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, ettei säännöksiä ole tarpeen muuttaa saamelaiskäräjien esittämällä tavalla: Säännösehdotusten mukaan kunnan ja hyvinvointialueen olisi tehtävä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä yhteistyötä toistensa kanssa sekä alueella hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä tekevien muiden julkisten toimijoiden, yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Myös saamelaiskäräjät on säännöksessä tarkoitettu ”julkinen toimija”. Yhteistyövelvoite on yleinen ja tärkeitä yhteistyötahoja on useita. Kukin kunta ja hyvinvointialue määrittäisivät tarkoituksenmukaiset yhteistyörakenteet ja -tavat yhdessä muiden alueen toimijoiden kanssa. Kunta ja hyvinvointialue voisivat osallistaa muita toimijoita esimerkiksi hyvinvointikertomuksen ja –suunnitelman laatimiseen. Hyvinvointikertomuksessa ja –suunnitelmassa tarkastelua olisi säännösehdotusten mukaan toteutettava väestöryhmittäin, mikä edellyttäisi esimerkiksi saamelaisten tilanteen erillistarkastelua Lapin hyvinvointialueella ja saamelaisten kotiseutualueelle kuuluvissa kunnissa. Hyvinvointikertomus ja –suunnitelma voitaisiin tältä osin laatia yhteistyössä saamelaiskäräjien kanssa.

Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että ehdotettavan hyvinvointialuelain 33 §:ssä säädettäisiin Lapin hyvinvointialueen saamen kielen lautakunnasta. Lautakunnan jäseniksi valittaisiin saamenkielisiä henkilöitä. Saamen kielen lautakunta olisi hyvinvointialueen saamenkielisten asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamiskanava hyvinvointialueen hallinnossa. Sen tehtäväkenttä ulottuisi hyvinvointialueen kaikkiin tehtäviin. Vähintään 40 prosenttia lautakunnan jäsenistä olisi nimettävä saamelaiskäräjien sekä kolttalain (235/1995) 42 §:ssä tarkoitetun kyläkokouksen esittämistä henkilöistä siten, että kyläkokous esittää näistä yhtä henkilöä. Vaikka lautakunnassa olisi saamelaiskäräjien edustus, lautakunta ei miltään osin korvaisi saamelaiskäräjien asemaa saamelaiskäräjistä annetun lain mukaisena saamelaisten edustajana, jonka tehtävistä säädetään mainitussa laissa. Hyvinvointialueet ja kunnat voisivat tehdä monipuolisesti yhteistyötä saamelaiskäräjien kanssa.

Hyvinvointialueen vaikuttamistoimielimistä säädettäisiin hyvinvointialueesta annettavan lain 32 §:ssä. Pykälän 1 momentin mukaan aluehallituksen olisi asetettava nuorten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien varmistamiseksi hyvinvointialueen nuorisovaltuusto tai vastaava nuorten vaikuttajaryhmä, ikääntyneen väestön osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien turvaamiseksi hyvinvointialueen vanhusneuvosto sekä vammaisten henkilöiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien varmistamiseksi hyvinvointialueen vammaisneuvosto. Vaikuttamistoimielinten jäsenet valittaisiin hyvinvointialueen kunnissa toimivien vastaavien vaikuttamistoimielinten jä-

senistä siten, että kustakin vaikuttamistoimielimestä valittaisiin vähintään yksi edustaja. Lisäksi vaikuttamistoimielimiin voitaisiin valita muita henkilöitä. Aluehallituksen olisi huolehdittava vaikuttamistoimielinten toimintaedellytyksistä. Pykälän säännöskohtaisten perustelujen mukaan vammaisneuvoston osalta olisi tärkeää huolehtia vammaisten henkilöiden ja heidän omaistensa ja järjestöjen riittävästä edustuksesta ja siitä, että eri vamma- ja sairausryhmät olisivat monipuolisesti edustettuna neuvostossa. Pykälän 2 momentin mukaan vaikuttamistoimielimille tulisi antaa mahdollisuus vaikuttaa hyvinvointialueen toiminnan suunnitteluun, valmisteluun, toteuttamiseen ja seurantaan asioissa, joilla on tai joilla vaikuttamistoimielin arvioi olevan merkitystä lasten ja nuorten, ikääntyneen väestön tai vammaisten henkilöiden ja heidän tarvitsemiensa palveluiden kannalta, ja vaikuttamistoimielimet tulisi ottaa mukaan osallistumisen ja kuulemisen kehittämiseen hyvinvointialueella. Pykälän säännöskohtaisten perustelujen mukaan vaikuttamistoimielimillä tulisi muun muassa olla mahdollisuus osallistua sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 7 §:ssä tarkoitetun alueellisen hyvinvointikertomuksen laadintaan. Kuntalain (410/2015) 26 - 28 §:ssä säädetään pitkälti saman sisältöisesti kunnan vaikuttamistoimielimistä. Sote-järjestämislaissa ei siten olisi tarpeen erikseen säätää vammaisneuvostojen osallistumisesta kunnan ja hyvinvointialueen hyvinvointikertomuksen ja –suunnitelman laadintaan.

Muut lausunnoissa esiin nousseet asiat

THL:n (Kalmari) ja Lapsiasiavaltuutetun mukaan turvallisuuden edistäminen tulisi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ohella kirjata sekä kuntien että hyvinvointialueiden lakisääteiseksi velvoitteeksi lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Kuten sote-järjestämislain 6 ja 7 §:n säännöskohtaisissa perusteluissa todetaan, myös turvallisuuden edistäminen, kuten tapaturmien ja väkivallan ehkäisy, olisivat tärkeä osa kunnan ja hyvinvointialueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistehtävää. Turvallisuuden edistäminen on myös nykyisin osa kunnan hyvinvoinnin ja terveyden-edistämistehtävää. *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen* on kuitenkin vakiintunut termi, jota käytetään myös muualla lainsäädännössä. Siten *sosiaali- ja terveysministeriö* ei katso tarkoituksenmukaiseksi muuttaa termiä tässä yhteydessä.

HUS ja Valtakunnallisen kansanterveystyön johtajaverkosto toteavat, että alihankkijoina käytetyt yksityiset palveluntuottajat täytyy pystyä kytkemään osaksi HYTE-toimintaa. Valtakunnallisen kansanterveystyön johtajaverkosto toteaa lisäksi alueellisen hyvinvointikertomuksen ja –suunnitelman noudattamisvelvollisuus tulee lisätä pykälään yksityisen palvelutuottajan velvollisuuksista (Sote-järjestämislaki, 18§) tämän lain mukaisissa tehtävissä. Vaihtoehtoisesti lakiin voidaan lisätä velvoite huomioida alueellinen hyvinvointikertomus ja –suunnitelma yksityisen palvelutuottajan kanssa tehtävissä sopimuksissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Myös *sosiaali- ja terveysministeriö* katsoo, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tulisi huomioida kaikessa hyvinvointialueiden toiminnassa ja siten myös niiden ostopalveluntuottajien toiminnassa. Sote-järjestämislain 7 §:n 2 momentin mukaan hyvinvointialueen olisi strategisessa suunnittelussaan asetettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämiselle tavoitteet ja määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet. Sen

> olisi otettava *päätöksenteossaan* huomioon päätöstensä arvioidut vaikutukset ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen väestöryhmittäin. Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että hyvinvointialueen tulisi jo sote-järjestämislain 7 §:n 2 momentin perusteella huomioida hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulma ostopalvelusopimuksia tehdessään sekä ostopalveluntuottajia ohjatessaan, eikä tästä siten olisi tarpeen säätää erikseen.

Eduskunnan sivistysvaliokunta toteaa lausunnossaan (SiVL 5/2021 vp), että nuorisotyön osuutta kuntien ja hyvinvointialueen ennaltaehkäisevässä työssä tulee lisätä. Oulun kaupunki toteaa, että liikunnan tulee olla keskeinen osa ennaltaehkäisevää terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, sairauksien hoitoa ja kuntoutusta.

> Kunnan ja hyvinvointialueen olisi sote järjestämislain 6 ja 7 §:n mukaan asetettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämiselle tavoitteet ja määriteltävä tavoitteita tukevat toimenpiteet. Kunnan ja hyvinvointialueen olisi myös seurattava asukkaiden elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin sekä raportoitava näistä päätöksen tekijöille. Koska väestön tarpeet vaihtelevat paljon kuntien ja alueiden välillä on tärkeää, että tavoitteiden ja toimenpiteiden määrittely perustuu alueellisesti ja paikallisesti tunnistettuihin väestön tarpeisiin ja toimeenpanoon kohdennetaan kulloinkin tarvittavat resurssit. *Sosiaali- ja terveysministeriö* katsoo, ettei yksittäisiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimialoja tai niiden osuuksia ole mahdollista lainsäädännössä määritellä tarkoituksenmukaisella tavalla tarkemmin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueita koskeva sääntely (35 - 38 §)

Soite toteaa, että pienempien hyvinvointialueiden kohdalla korostuu hyvinvointialueiden yli menevän yhteistyön merkitys. *Tutkimusjohtaja Sorsa (Helsingin yliopisto)* toteaa, että osa hyvinvointialueista on kooltaan niin pieniä, ettei esimerkiksi erikoissairaanhoidon kalleimpia toimintoja luultavasti voida järjestää tai kaikkia palveluiden digitalisoitiin muotoja voida hyödyntää kaikilla alueilla. Yhteistyöalueiden ja viime kädessä kansallisen tason työnjaon toimivuuden takaaminen on keskeistä yhdenvertaisuuden takaamiseksi näiden osalta. *THL (Nykänen)* katsoo, että osa hyvinvointialueista jää liian pieneksi ja tarvitaan ohjausta ja yhteistoimintaa. Tärkeää kansallinen ohjaus yta-alueiden tavoitteiden ja toiminnan tukemiseksi. Yhteistyöalue on yksittäistä hyvinvointialuetta tarkoituksenmukaisempi ohjauksen ja päätöksenteon taso esimerkiksi päätettäessä laajamittaisista investoinneista ja alueellisesta palvelurakenteesta. *HUS (Heikkilä)* toteaa, että yhteistyöalueen puitteissa tulee turvata terveydenhuoltopalvelujen saatavuus kaikissa olosuhteissa. *Oikeusministeriö* toteaa, että yta-aluesääntelylle on katsottava olevan sote-palvelujen saatavuuden turvaamiseen liittyviä hyväksyttäviä perusteita. *Terveysoikeuden professori ja diagnostiikkajohtaja Lasse Lehtonen (Helsingin yliopisto, HUS)* toteaa, että jotta integraatio perustason ja erityistason välillä toteutuisi, olisi tärkeää, että yhteistoimintasopimuksen sitovuutta lisätään.

SiunSote toteaa, että näin laaja hyvinvointialueiden laissa määrätty pakollinen yhteistyö rajoittaa hyvinvointialueiden vaaleilla valitun valtuuston ja muiden demokraattisten hallintoelimien päätösvaltaa merkittävästi. Hyvinvointialueet ovat suuria satojen miljoonien, monet jopa yli miljardin euron budjeteilla toimivia tuhansia työntekijöitä omaavia organisaatioita. Näillä hyvinvointialueilla on osaaminen ja kyky hoitaa lähes kaikki sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen liittyvät asiat itsenäisesti vaaleilla valittujen päättäjien ohjauksessa. Hyvinvointialueiden yhteistyö on sinänsä järkevää, mutta laissa määritelty pakollinen yhteistyö

tulee rajata koskemaan vain pykälän kohtaa 5) erikoissairaanhoidon henkilöstön ja osaamisen varmistamista erikoisaloittain palvelujen tarkoituksenmukaisen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaamiseksi sekä pykälän kohtaa 6) sellaisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistä ja tuottamista, jotka harvoin tarvittavina tai erityisen vaativina edellyttävät toistettavuutta tai laaja-alaista erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin, välineisin tai toimitiloihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueita ja yhteistyösopimusta koskevan sääntelyn tarkoituksena on turvata kaikkien hyvinvointialueiden kyky järjestää riittävät ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kaikissa olosuhteissa sekä turvata sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuus koko kansantalouden näkökulmasta. Lakiehdotuksen mukaan sopimisvelvoitteen piirissä olisivat vain näiden tavoitteiden saavuttamiseksi tarpeelliset asiat. Kyse olisi kokonaisuuksista, joiden osalta riittävää ja yhdenvertaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa tai sen kustannusvaikuttavuutta ei voitaisi varmistaa yksittäisen hyvinvointialueen toimesta.

Yhteistyöalueet korvaisivat nykyiset erikoissairaanhoidon erityisvastuualueet. Nykyisin samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirin kuntayhtymien on järjestettävä erikoissairaanhoito yhteistyössä ja niillä on velvollisuus laatia erikoissairaanhoidon järjestämissopimus. Yhteistyövelvoitteista ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja sen nojalla annetuissa asetuksissa (VNa terveydenhuollon järjestämissuunnitelmasta ja erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta 337/2011, VNa kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017, STMn asetus ensihoitopalvelusta 585/2017). Uusilla sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueilla yhteistyövelvoite koskisi erikoissairaanhoidon lisäksi tarpeellisilta osin myös perusterveydenhuoltoa ja sosiaalihuoltoa. Sosiaalihuollon osalta laajemmat yhteistyöalueet mahdollistaisivat nykyistä paremman mahdollisuuden järjestää erityistä ja kapea-alaista osaamista edellyttävät palvelut sekä sovittaa yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon varautumista häiriötilanteisiin ja poikkeusolosuhteisiin.

Sote-järjestämislain 36 §:n 3 momentissa määriteltäisiin asiakokonaisuudet, joita koskien samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden olisi sovittava työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta. Yhteistyösopimuksessa olisi kuitenkin huomioitava, mitä asiakokonaisuuksista on erikseen säädetty. Hyvinvointialueet eivät siten yhteistyösopimuksella voisi poiketa esimerkiksi terveydenhuoltolain palvelujen keskittämistä koskevista säännöksistä. Yhteistyö momentissa määritellyissä asiakokonaisuuksissa olisi tarpeellista kaikilla yhteistyöalueilla. Se, missä määrin yhteistyötä tarvittaisiin ja millä tavoin se olisi tarkoituksenmukaisinta järjestää kuitenkin vaihtelisi yhteistyöalueittain ja myös niiden sisällä. Täten yhteistyöalueen hyvinvointialueet määrittäisivät sopimuksen tarkemman sisällön itse, kuitenkin siten, että se turvaisi kaikkien hyvinvointialueiden mahdollisuuden järjestää riittävät ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kustannusvaikuttavasti. Siun Soten asiantuntijalausunnossaan ainoastaan tarpeellisiksi katsoman kahden asiakokonaisuuden lisäksi sopimuksessa olisi sovittava seuraavista asioista:

Momentin 1 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava työnjaosta ja yhteistyöstä väestön palvelutarpeen arvioinnissa ja ennakoinnissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen seurannassa ja arvioinnissa. Seuranta, arviointi ja ennakointi edellyttäisivät myös hyvin erikoistunutta epidemiologista ja muuta osaamista, joita kaikkien hyvinvointialueiden ei välttämättä ole mahdollista hankkia. Kun hyvinvointialueet sopisivat yhteistyöstä ja työn-

jaosta, jokaisella hyvinvointialueella ei tarvitsisi olla samaa erityisosaamista. Myös erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on nykyisin sovittava, miten väestön palvelutarvetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä arvioidaan ja seurataan erityisvastuualueella, sekä yhtenäisten hoidon perusteiden toteutumisen seurannasta.

Momentin 2 kohdan perusteella hyvinvointialueiden olisi sovittava työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta sosiaalipäivystyksessä ja terveydenhuollon päivystyksessä. Terveydenhuoltolain 50 §:ssä ja sen nojalla annetussa asetuksessa (VNa kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017) säädetään terveydenhuollon kiireellisestä hoidosta ja päivystystoiminnasta sekä päivystystoiminnan alueellisesta ja valtakunnallisesta keskittämisestä. Sosiaalihuoltolain 29 §:ssä ja 29 a §:ssä säädetään velvollisuudesta järjestää sosiaalipäivystys sekä sen sisällöstä ja edellytyksistä. Sosiaalihuoltolain 29 a §:ssä ja terveydenhuoltolain 50 a §:ssä säädetään sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyövelvoitteesta. Sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki on esitetty päivitettäväksi hallituksen esityksellä 56/2021 vp siten, että niitä sovellettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirrosta lähtien kuntien ja sairaanhoitopiirien sijasta hyvinvointialueisiin. Uudistuksesta ei kuitenkaan aiheutuisi sisällöllisiä muutoksia mainittuihin sosiaalipäivystystä tai terveydenhuollon päivystystoimintaa koskeviin säännöksiin. Terveydenhuoltolain keskittämisääntelystä johtuu, että yhteistyöalueen hyvinvointialueiden eri terveydenhuollon yksiköiden päivystysvalmius vaihtelisi; osassa palveluvalikoima olisi merkittävästi suurempi kuin toisissa. Jotta yhteistyöalueen väestö saisi kaikissa oloissa tarpeitaan vastaavan päivystyshoidon ja jotta tämän valmiuden ja varautumisen ylläpito voitaisiin toteuttaa kustannusvaikuttavasti, olisi yhteistyöstä terveydenhuollon päivystyksessä tärkeää sopia ottaen huomioon yhteistyöalueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve. Myös nykyisin erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava terveydenhuollon päivystystoiminnasta ja sen laajuudesta siltä osin kuin siitä ei ole säädetty lailla tai asetuksella. Sosiaalihuollon näkökulmasta yhtä hyvinvointialuetta suuremmalla alueella voidaan yhdessä laatia suunnitelmat muun muassa siitä, miten toimitaan ja jaetaan osaamista harvoin tapahtuvissa laajaa väestöryhmää koskevissa, traumatisoivissa tilanteissa, joissa yhden sosiaali- ja kriisipäivystyksen voimavarat eivät välttämättä riitä tilanteen akuuttiin tai pitkäaikaiseen hoitoon. On tärkeää, että yhteistyöalueen sosiaalipäivystyksissä olisi mahdollisimman samanlaiset tietoon ja hyviin käytäntöihin perustuvat toimintamallit. Osaamisen jakaminen ja erikoistuminen mahdollistuvat yhteistyöalueella, suuremmassa päivystäjäjoukossa, paremmin kuin yksittäisellä hyvinvointialueella.

Momentin 3 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava terveydenhuoltolain 46 §:ssä tarkoitetun ensihoitokeskuksen tehtävien järjestämisestä ja ensihoidon sovittamisesta yhteen muun toiminnan kanssa. Ensihoitotilanteet edellyttäisivät usein hyvinvointialuerajat ylittäviä järjestelyjä. Näin olisi erityisesti esimerkiksi tilanteissa, joissa potilaan jatkohoito tapahtuisi terveydenhuoltolain 50 §:n 3 momentissa tarkoitetussa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikössä, jota ei löydy kaikilta hyvinvointialueilta. Ensihoitokeskuksen tehtävistä ja ensihoitopalvelun sisällöstä säädettäisiin edelleen nykytilaa vastaavasti terveydenhuoltolaissa. Ensihoitokeskuksen tehtävät järjestetään nykyisin samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien yhteistyönä ja sen tehtävien järjestämisestä sovitaan erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Jatkossa ensihoitokeskuksen toiminnan järjestäminen edellyttäisi samalla tavoin hyvinvointialueiden yhteistyötä. Yhteistyötä tulee sosiaalihuoltolain (1301/2010) 29 a §:n mukaan tehdä myös ensihoitokeskuksen ja alueen sosiaalipäivystyksen välillä, koska nämä muodostavat tärkeän osan sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyspalveluverkostoa ja turvallisuusviranomaistoimintaa. Etenkin tämän vuoksi kohdassa edellytettäisiin, että yhteistyösopimuksessa määriteltäisiin, miten ensihoito ja muu toiminta sovitetaan yhteen. Asiakkaiden siirtymisen ensihoidosta edelleen muihin palveluihin

pitäisi toteutua sujuvasti ilman perusteettomia viiveitä. Tämän edellyttämät toimenpiteet olisi määriteltävä yhteistyösopimuksessa.

Momentin 4 kohdan perusteella yhteistyöalueen hyvinvointialueiden olisi sovittava työnjaosta, yhteistyöstä ja toiminnan yhteensovittamisesta lääkinnällisten tukipalvelujen ja muiden tukipalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Kohdan nojalla tulisi sopia esimerkiksi siitä, miten hyvinvointialueet yhteistyössä toteuttaisivat toimintayksikköjensä tarvitsemat hankintapalvelut, lääkehuollon, välinehuollon, kuljetus- ja varastointipalvelut, taudinmääritykseen liittyvät palvelut, kuten laboratorio- ja kuvantamispalvelut, taudinmääritykseen liittyvien näytteiden säilyttämisen ja näytteiden mahdollisen tutkimuskäytön. Monien tukipalveluiden osalta on saatavissa laatu-, tuottavuus- ja kustannusvaikuttavuusetuja, kun ne toteutetaan yksittäisiä hyvinvointialueita laajemmin yhteistyössä ja yhteensovitettuna. Etuja syntyy muun muassa suurten volyymien, erityisosaamisen sekä kalliiden investointien (laitteet, ICT-ratkaisut) maksimaalisen hyödyntämisen kautta. Myös erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on nykyisin sovittava, miten erityisvastuualueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirin kuntayhtymät yhteistyössä toteuttavat toimintayksikköjensä tarvitsemat tukipalvelut.

Momentin 7 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan toteuttamisessa. Koulutuksen osalta hyvinvointialueiden yhteistyö sisältäisi osaamistarpeen arvioinnin ja ennakoinnin yhteistyöalueella. Näiden toteuttamiseen useimmat hyvinvointialueet olisivat liian pieniä eikä kaikkien hyvinvointialueiden alueella olisi alan koulutusta antavaa yliopistoa tai korkeakoulua. Osaamistarpeen ennakoinnin ja arvioinnin perusteella hyvinvointialueet sopisivat keskinäisestä yhteistyöstä ja työnjaosta koulutuksen toteuttamisessa siltä osin kuin se on hyvinvointialueen tehtävä. Tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan osalta olisi tärkeää sopia työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta siten, että eri yksiköissä tehtyä sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa voitaisiin hyödyntää laajasti koko yhteistyöalueella, eikä yhteistyöalueella toteutettaisi tarpeettomasti päällekkäisiä hankkeita. Kohdan mukaan hyvinvointialueiden olisi myös sovittava yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen koordinaatio-, ohjaus- ja neuvontatehtävistä yhteistyöalueen koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnassa. Koordinaation, ohjauksen ja neuvonnan avulla toiminnan tuloksena kehitetyt ja toimiviksi todetut uudet ja parannetut palvelut, tuotteet, toimintatavat ja menetelmät olisivat mahdollisimman nopeasti ja laajasti kaikkien hyvinvointialueiden käytössä. Myös nykyisin erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä huolehdittava samaan erityisvastuualueeseen kuuluvien kuntien ja sairaanhoitopiirien tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta tieteellisen terveydenhuollon tutkimuksen ja kehittämisen järjestämisessä. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava, miten erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien alueella arvioidaan ja seurataan pitkällä aikavälillä terveydenhuollon työvoimatarvetta ja henkilöstön koulutustarvetta, sekä yhteistyöstä erikoissairaanhoidon alueellisen kehittämisen ja sen tueksi tarvittavan tutkimuksen toteuttamisessa eritysvastuualueella.

Momentin 8 kohdan mukaan yhteistyöalueen hyvinvointialueiden olisi sovittava sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä poistamisen alueellisista periaatteista ottaen huomioon niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset. Valtakunnallisilla linjauksilla tarkoitettaisiin Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksia ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisia suosituksia. Yhtenäiset periaatteet näiden käyttöönotossa tarkoittaisivat hyvinvointialueiden asukkaiden yhdenvertaisuuden toteuttamista. Erityisesti uusien kalliiden terveydenhuollon menetelmien käyttöönoton, käytön ja käytöstä luopumisen periaatteista olisi tärkeää sopia yhteistyöalueilla. Yhtenäisistä periaatteista sopimi-

nen ei kuitenkaan tarkoittaisi, että kaikki uudet käytännöt ja menetelmät olisi otettava yhtäaikaisesti käyttöön kaikilla hyvinvointialueilla. Uusia menetelmiä voitaisiin ottaa käyttöön esimerkiksi alueellisen kehittämisen kokeilujen kautta. Myös erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on nykyisin sovittava, miten eritysvastuualueella huolehditaan käytössä olevien terveydenhuollon menetelmien arvioinnista ja uusien menetelmien käyttöönotosta.

Momentin 9 kohdan mukaan yhteistyösopimuksessa olisi sovittava sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja sähköisten palvelujen kehittämisestä, asiakas- ja potilastietojen käytön yhteensovittamisesta sekä julkisen hallinnon tiedonhallinnasta annetun lain mukaisten velvoitteiden yhteensovittamisesta yhteistyöalueella niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen. Säännöksen perusteella yhteistyöalueen hyvinvointialueiden olisi sovittava yhteisistä toimintamalleista, tiedonhallinnan ratkaisuista ja sähköisistä asiointipalveluista, jotka tukevat palvelujärjestelmän tehokkuutta, vaikuttavuutta tai valtakunnallisten linjausten mukaisuutta yhteistyöalueen laajuisesti. Menettelyllä varmistettaisiin tietojärjestelmien yhteentoimivuus. Myös erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on nykyisin yhteistyössä suunniteltava ja sovitettava yhteen alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tietojärjestelmäratkaisut sopien erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa, miten erityisvastuualueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirien kuntayhtymät yhteistyössä toteuttavat toimintayksikköjensä tarvitsemat tietojärjestelmäratkaisut ja niiden kehittämisen.

Momentin 10 kohdan mukaan hyvinvointialueiden olisi sovittava työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin varautumisessa. Ehdotettavan lain 50 §:n mukaan hyvinvointialueiden olisi varauduttava ennakkoon tehtävillä valmiussuunnitelmilla sekä muilla toimenpiteillä yhteistyössä alueensa kuntien ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueen muiden hyvinvointialueiden kanssa häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. Yhteistyösopimuksessa sovittaisiin tarkemmin mainitussa pykälässä tarkoitetusta hyvinvointialueiden välisestä yhteistyöstä. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiutta ja varautumista koskevat uhkakuvat ovat pääsääntöisesti hyvinvointialueiden rajat ylittäviä. Sen vuoksi valmiussuunnitelmien yhteensovittaminen yhteistyöalueella on välttämätöntä. Häiriötilanteet ja poikkeusolot ovat usein myös niin merkittäviä, ettei yksittäisellä hyvinvointialueella välttämättä olisi riittäviä resursseja niiden hoitamiseksi.

Momentin 10 kohdan mukaan hyvinvointialueiden olisi lisäksi sovittava ehdotettavan lain 51 §:n 2 momentissa tarkoitetun valmiuskeskuksen toiminnan järjestämisestä. Ehdotettavan lain 51 §:n 1 momentin mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän tehtävänä olisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueellaan ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua valtakunnallisten yhtenäisten periaatteiden mukaisesti. Mainitun pykälän 2 momentin mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella ja HUS-yhtymässä tulisi yhteistyöalueen tilannekuvan luomista ja ylläpitämistä varten olla sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskus. Yhteistyösopimuksessa tulisi sopia rakenteista ja tavoista valmiuskeskuksen kyseisessä säännöksessä tarkemmin määriteltyjen tehtävien, erityisesti alueellisen tilannekuvan muodostamiseksi tarvittavan tiedon keruun ja tiedon jakamisen toteuttamiseksi yhteistyöalueella. Mainituista asioista sopiminen olisi välttämätöntä valmiuskeskuksen toiminnan kannalta.

Momentin 11 kohdan mukaan yhteistyöalueen hyvinvointialueiden olisi sovittava vaikutuksiltaan laajakantoisia tai taloudellisesti merkittäviä investointeja koskevasta työnjaosta ja yhteistyöstä sekä tällaisten investointien yhteensovittamisesta yhteistyöalueella siltä osin kuin se olisi tarpeellista muun yhteistyösopimuksessa sovittavaksi edellytetyn yhteistyön kannalta. Yhteistyöalueen hyvinvointialueiden investointien tulisi tukea yhteistyösopimuksessa sovittua toiminnallista työnjakoa, yhteistyötä ja yhteensovittamista siten, että hyvinvointialu-

eet eivät toteuta esimerkiksi päällekkäisiä investointeja, jotka ovat ristiriidassa yhteistyösopimuksessa sovitun toiminnallisen työnjaon kanssa, tai toisaalta jätä toteuttamatta sovitun toiminnallisen yhteistyön kannalta tarpeellisia investointeja.

A-klinikka kysyy, että koska laajan palveluvalikoiman sairaaloita on vähemmän kuin alueita, miten varmistetaan järkevä toiminnan ja kustannusten jakomalli keskinäisissä sopimuksissa? *Soite* pohtii, miten yhteistyösopimusten toteuttamisessa voidaan varmistaa oikeudenmukainen kustannustenjako ja ensisijaisessa järjestämisvastuussa olevan hyvinvointialueen kustannusvastuun toteutuminen. Erityisen haasteellista se on silloin, jos järjestämisvastuuta siirretään laajoissa ja kokonaisvaltaisissa palvelukokonaisuuksissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sote-järjestämislain 36 §:n 4 momentin mukaan yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa olisi sovittava sopimuksessa sovittuihin vastuisiin liittyvästä hyvinvointialueiden välisestä kustannusten jaosta siltä osin kuin siitä ei lain 57 §:ssä säädettäisi. Ehdotettavan lain 57 §:n mukaan, jos hyvinvointialue antaa yhteistyöalueen yhteistyösopimuksen perusteella sosiaali- tai terveyspalveluja toisen hyvinvointialueen asukkaalle, on sen hyvinvointialueen, jonka asukas henkilö on, korvattava ilman aiheetonta viivytystä palvelun antamisesta aiheutuneet kustannukset palvelun antaneelle hyvinvointialueelle, jollei kustannusten korvaamisesta muualla toisin säädetä tai jolleivät hyvinvointialueet toisin sovi. Mainitun pykälän mukaan kustannuksilla tarkoitetaan toteutuneita kuluja, jotka ovat aiheutuneet palvelun antamisesta ja joista on vähennetty palvelusta kertyneet toimintatulot. Ehdotettava 57 § koskisi kuitenkin vain kustannuksia, jotka aiheutuvat palvelujen antamisesta toisen hyvinvointialueen asukkaalle. Täten yhteistyösopimuksessa olisi sovittava kustannusten korvaamisesta siltä osin kuin hyvinvointialueet olisivat yhteistyösopimuksessa sopineet muusta sellaisesta työnjaosta, yhteistyöstä tai yhteensovittamisesta, jossa yksi tai useampi hyvinvointialue hoitaisi tiettyä tehtävää muiden yhteistyöalueen hyvinvointialueiden hyväksi. Näin olisi esimerkiksi 36 §:n 3 momentin 7 kohdan perusteella sovittavan yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan koordinaatio-, ohjaus- ja neuvontatehtävän osalta.

Lastensuojelun keskusliitto toteaa, että yhteistyöaluesääntelyn merkittävä puute on sen keskittyminen terveydenhuoltoon. Sosiaalihuollon ja lastensuojelun näkökulma tulisi huomioida yhdenvertaisesti terveydenhuollon näkökulman kanssa. *Ensi- ja turvakotien liitto* toteaa, että 34 §:ssä tuodaan liian vähän esille sosiaalihuollon ja lastensuojelun tarpeesta tuleva yhteistoiminta. *ETKL* toteaa, että vaativamman osaamisen kokoamista yli hyvinvointialueiden käsitellään järjestämislain 33 ja 34 §:ssä ja niiden perusteluissa. Niissä tuodaan riittämättömästi esille sosiaalihuollon ja lastensuojelun näkökulma. Tämä puute tulee korjata. Sosiaalihuollossa tarvitaan keskittämisasetus terveydenhuollon tapaan ja sille tulee olla selkeä valtuutus. *Eteva* toteaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki § 34 hyvinvointialueiden yhteistyösopimus tulisi 15 momentissa huomioida vaativan tason sosiaalihuolto erikoisterveydenhuollon kohtien tapaan. *Kårkulla* sote-järjestämislakiehdotuksen §34:ssä tulisi kohta 15 tarkentaa koskien vaativia sosiaali- ja terveyshuoltopalveluita niin, että se vastaa erityissairaanhoitoa vaativia palveluita.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa ensin, että Ensi- ja turvakotien liiton, ETKL:n, Etevan sekä Kårkullan on lausunnoissaan todennäköisesti ollut tarkoitus viitata sote-järjestämislain 36 §:ään. Jää kuitenkin epäselväksi, mihin Eteva ja Kårkulla viittauksellaan 15 kohtaan viittaavat.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että lähes kaikki 36 §:n 3 momentin perusteella yhteistyösopimuksessa sovittavaksi edellytettävät asiakokonaisuudet koskevat sekä sosiaalihuoltoa että terveydenhuoltoa ja sosiaalihuollon näkökohtia on myös sen säännöskohtaisissa perusteluissa tuotu kattavasti esiin. Esimerkiksi momentin 6 kohdan perusteluissa on todettu, että kohdassa tarkoitettuja erityisen vaativan tason toimintoja sosiaalihuollossa olisivat esimerkiksi lastensuojelussa oikeuspsykologiset ja oikeuspsykiatriset yksiköt ja Barnahus-työ, lastensuojelun erityisen huolenpidon (EHO) tasoiset sosiaalihuollon erityisyksiköt, kidutettujen kuntoutusyksikkö sekä koulukodit. Pykälän 5 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin lisäksi antaa tarkempia säännöksiä 3 momentissa tarkoitetuista asioista, joista on sovittava yhteistyösopimuksessa. Terveydenhuollon osalta nimenomaan yhteistyöaluetasoisten välttämättömien yhteistyötarpeiden ja yhteistyösopimuksella sovittavan yhteistyön piiriin soveltuvien asiakokonaisuuksien tunnistaminen on kuitenkin valmistelussa ollut helpompaa johtuen nykyisistä erva-alueista ja niillä nykyäänkin laadittavista erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksista. Sosiaalihuollon puolella vastaavaa lakisääteistä rakennetta ei tällä hetkellä ole, vaan se luodaan ensimmäistä kertaa nyt kyseessä olevalla sääntelyllä. Säännös on siten sosiaalihuollon kehittymisen kannalta jo itsessään hyvin merkittävä. Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että osana sote-uudistuksen seurantaa on tärkeää arvioida, miten yhteistyöalueita ja yhteistyösopimusta koskeva sääntely vastaa sosiaalihuollon tarpeisiin ja tarpeen mukaan jatkokehittää sääntelyä tältä osin sisällöllisen valmistelun edetessä. Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa vielä, että sosiaalihuollon yhteistyöaluerakenteen luominen jo sinällään kuitenkin edistäisi nykytilaa paremmin myös vapaaehtoisen koordinoitujen yhteistyörakenteiden syntymistä sosiaalihuollossa; yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa voitaisiin sopia laajasti myös muista kuin laissa nimenomaisesti edellytettävistä asioista.

Alueellisesti ja valtakunnallisesti keskitettävistä palveluista säätäminen ei muutoin ole nyt kyseessä olevan uudistuksen piirissä, vaan tästä säädettäisiin sote-järjestämislain 9 §:n mukaan erikseen. Terveydenhuoltolain voimassa olevaa keskittämissääntelyä ei siten uudistuksessa muutettaisi. Sosiaalihuoltolain 33 a § :n 3 momentti sisältää jo nykyisin asetuksenantovaltuuden, jonka perusteella valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää alueellisesti tai valtakunnallisesti keskitettävistä sosiaalihuollon tehtävistä, mutta asetusta ei ole annettu.

HUS esittää, että sote-järjestämislain 36 §:ssä edellytettäisiin yhteistoimintasopimuksessa sovittavan myös yhteisistä tavoitteista laatuun ja potilasturvallisuuteen liittyen sekä myös terveydenhuoltolain 8 § mukaisten laadunhallinnan ja potilasturvallisuussuunnitelmien täytäntöönpanosta annettujen suunnitelmien koordinoinnista tarpeellisilta osin.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että olisi hyödyllistä ja suositeltavaa sopia HUSin esittämistä asioista yhteistyöalueittain. Sopimis**velvoite** on hyvinvointialueiden itsehallinto huomioiden kuitenkin laissa rajattu vain asioihin, jossa hyvinvointialueiden työnjaon, yhteistyön ja yhteensovittamisen katsotaan olevan välttämätöntä hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien toteutumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden turvaamiseksi. Toisaalta laatu ja potilasturvallisuus liittyvät keskeisesti myös moniin asioihin, joista yhteistyösopimuksessa olisi sovittava, joten tältä osin ne tulisivat myös lain perusteella sopimuksessa huomioitavaksi ilman nimenomaista niitä koskevaa säännöstä.

Autismiliitto toteaa, että sote-järjestämislain 36 §:n 3 momentin 6 kohdan velvoite koskisi erityisen vaativia ja harvoissa tilanteissa tarvittavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Uudistuksessa on varmistettava, että kehitysvammaiset ja kehitysvammaiset autismikirjon henkilöt saavat myös jatkossa tarvitsemansa palvelut. Tiettyjä, erityisen vaativaa osaamista edellyttäviä toimintoja voi olla tarpeen keskittää myös koko valtakunnan tasolla, ja myös tämä tulisi huomioida uudistuksessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että mainittujen palvelujen saanti on esityksessä varmistettu uusien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien nykyistä suuremmalla koolla ja koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun kokoamisella niille, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueita koskevalla sääntelyllä, kaksikielisten hyvinvointialueiden yhteistyösopimusta koskevalla sääntelyllä (sote-järjestämislaki 39 §) sekä uudistuksen voimaanpanolain 56 ja 57 §:n mukaisilla nykyisten Kårkullan sekä Vaalijalan, Etevan ja Eskoon kuntayhtymien toimintaa koskevilla siirtymäsäännöksillä.

Alueellisesti ja valtakunnallisesti keskitettävistä palveluista säätäminen ole nyt kyseessä olevan uudistuksen piirissä, vaan tästä säädettäisiin sote-järjestämislain 9 §:n mukaan erikseen. Terveydenhuoltolain voimassa olevaa keskittämissääntelyä ei siten uudistuksessa muutettaisi. Sosiaalihuoltolain 33 a § :n 3 momentti sisältää jo nykyisin asetuksenantovaltuuden, jonka perusteella valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää alueellisesti tai valtakunnallisesti keskitettävistä sosiaalihuollon tehtävistä, mutta asetusta ei ole annettu.

POSOTE20 –hanke (Pohjois-Savon liitto) toteaa, että yhteistyöalue {YTA), yhteistyösopimuksen sisältö ja hyvinvointialueen rooli, jolla yliopistollinen sairaala sijaitsee, ei kuvannu lakiehdotuksessa riittävän tarkasti. Tämä voi vaikuttaa yhteistyöhön, johtaa ristiriitoihin ja kilpailuasetelmaan hyvinvointialueiden kesken. Tästä syystä kuhunkin yhteistyöalueeseen (YTA) kuuluvat hyvinvointialueet tulee määritellä tarkasti laissa ja määritelmän tulee perustua nykyisiin ERVA- alueisiin. Hyvinvointialueen, jossa yhteistyöalueen yliopistollinen sairaala sijaitsee, rooli, vastuut ja koordinointitehtävä tulee selkiyttää lakiin. Muutoin on olemassa riski, ettei hyvinvointialueiden välinen yhteistyö toteudu toivotulla tavalla.

Kuopion kaupunki toteaa, että hyvinvointialueet tulee määritellä tarkasti laissa ja määritelmän tulee perustua nykyisiin ERVA-alueisiin. Hyvinvointialue, jossa yhteistyöalueen yliopistollinen sairaala sijaitsee, rooli, vastuut ja koordinointitehtävä tulee selkiyttää lakiin.

THL (Nykänen) toteaa, että tulisi lisätä keinoja yhteistyöalueiden toimintakyvyn vahvistamiseksi esimerkkinä sääntely, jolla yhteistyöalueen toiminnan koordinaatiovastuu osoitettaisiin sille hyvinvointialueelle, jonka alueella on yliopistollinen sairaala.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sote-järjestämislain 35 §:n 1 momentin mukaan hyvinvointialueiden järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten on viisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöaluetta. Kuhunkin yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet säädetään valtioneuvoston asetuksella siten, että 34 §:ssä tarkoitetut yliopistollista sairaalaa ylläpitävät hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä kuuluvat kukin eri yhteistyöalueeseen. Yhteistyöalueiden on oltava maantieteellisesti yhtenäisiä sekä alueen väestön sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja tuottamisen, asiakas- ja potilasturvallisuuden ja palvelujen saavutettavuuden kannalta toiminnallisia kokonaisuuksia. *Sosiaali- ja terveysministeriö* katsoo, että kuhunkin yhteistyöalueeseen kuuluvista hyvinvointialueista on tarkoituksenmukaista säätää lain sijaan tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Tämä johtuu ensisijaisesti siitä, että on mahdollista, että hyvinvointialueiden määrä tai aluejako muulla tavoin tulevaisuudessa muuttuu. Myös kuhunkin erva-alueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirit määritellään nykyisin valtioneuvoston asetuksella (VN erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista 156/2017).

Sote-järjestämislaissa säädettävä kunkin yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän erityistehtävä olisi ensinnäkin yhteistyöalueen yhteistyösopimuksen laatimisen edellyttämien hallintotehtävien hoito (sote-järjestämislaki 35 § 2 mom.). Säännöksen perustelujen mukaan tämä tarkoittaisi käytännössä, että asianomainen hyvinvointialue kutsuisi koolle tarvittavat kokoukset ja huolehtisi tarvittavilta osin niihin liittyvistä valmisteluista. Lisäksi yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa olisi lakiehdotuksen 36 §:n 3 momentin 7 kohdan mukaan sovittava yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen (tai HUS-yhtymän) koordinaatio-, ohjaus- ja neuvontatehtävistä yhteistyöalueen koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnassa. Pykälän säännöskohtaisten perustelujen mukaan säännös edellyttäisi, että yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella ja HUS-yhtymällä olisi yhteistyöalueellaan mainittu rooli, jonka tarkemmasta sisällöstä sovittaisiin yhteistyösopimuksessa. Koordinaation, ohjauksen ja neuvonnan tavoitteena olisi varmistaa hyvinvointialueiden toteuttaman toiminnan samansuuntaisuus, laatu ja vaikuttavuus yhteistyöalueella sekä toiminnan valtakunnallisesti päätettyjen tavoitteiden ja kehittämistarpeiden mukaisuus. Koordinaation, ohjauksen ja neuvonnan avulla toiminnan tuloksena kehitetyt ja toimiviksi todetut uudet ja parannetut palvelut, tuotteet, toimintatavat ja menetelmät olisivat mahdollisimman nopeasti ja laajasti kaikkien hyvinvointialueiden käytössä. Lisäksi yliopistollista sairaalaa ylläpitävät hyvinvointialueet ja HUS-yhtymä ylläpitäisivät sote-järjestämislain 51 §:n mukaan kukin sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskusta. Valmiuskeskuksen tehtävät on määritelty mainitussa pykälässä. Sote-järjestämislaissa ei säädettäisi yliopistollista sairaalaa ylläpitäville hyvinvointialueille tai HUS-yhtymälle muita erityistehtäviä. Yliopistollista sairaalaa ylläpitäville hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle keskitettävistä erityistason sairaanhoidon tehtävistä säädettäisiin nykytilaa vastaavasti terveydenhuoltolaissa. Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden erityistehtävät vastaisivat kokonaisuudessaan yliopistollisilla sairaanhoitopiireillä nykyisin olevia tehtäviä. Mahdolliset lisäsäänntelytarpeet ja mahdollisuudet tulisi arvioida erillisessä valmistelussa. Asiaa on käsitelty

myös sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 29.4.2021 antamassa välivastineessa.

Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että hallituksen esityksen mukainen sote-järjestämislain sääntely, huomioiden myös valtion ohjausta koskevat säännökset, on kokonaisuudessaan riittävä yhteistyöalueiden toiminnan kannalta. Yhteistyöalueet voisivat kuitenkin alueelliset tarpeensa huomioiden sopia esimerkiksi tarkemmista koordinaatiovastuista sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon tarpeet huomioiden.

HUS (Heikkilä) toteaa olevan epäselvää, täyttääkö kaikki sairaanhoitopiirien välinen myynti aina horisontaalisen yhteistyön määritelmän (hankintalain 16 §). Epäselvyyksien välttämiseksi esitämme, että sote-järjestämislain 35 §:ään lisätään seuraavasti kuuluva 4 momentti: ”Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän myydessä sopimusperusteisesti omakustannushintaan tuottamiaan palveluja muille sote-järjestämislaissa tarkoitetulle yhteistyöalueensa hyvinvointialueille, ei tällaiseen oikeustoimeen sovelleta julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2006) annettua lakia.”

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, ettei kilpailuoikeudellisesta näkökulmasta ole mahdollista kategorisesti HUSin esittämällä tavalla säätää tiettyjen osapuolten välisiä oikeustoimia lailla hankintalain soveltamisalan ulkopuolella. Käytännössä hyvinvointialueiden yhteistoimintasopimuksessa sovitussa työnjaossa tai järjestämisvastuun siirrossa on kyse hankintalain 16 §:ssä tarkoitetusta horisontaalisesta yhteistyötä, jolloin hankintalaki ei soveltuisi. Tilanteita on kuitenkin moninaisia, eikä näin ollen voida kategorisesti lailla poissulkea mahdollisuutta, että hankintalaki tulisi sovellettavaksi johonkin tällaiseen hankintaa.

HUS (Heikkilä) toteaa, että laissa pitää mahdollistaa erilaiset yhteistyöratkaisut yhteistyöalueen toimijoiden kesken. Soite toteaa, että hyvinvointiyhtymän toiminta on rajattu koskemaan vain hyvinvointialueiden toimialaan kuuluvien tehtävien tukipalvelujen tuottamista. Hyvinvointialue ei kuitenkaan voi siirtää rajatultakaan osin järjestämisvastuuta hyvinvointiyhtymälle. Lakiesitys mahdollistaa esim. laboratorio- tai kuvantamistutkimusten yhteistyön yhtymässä, mutta esimerkiksi erikoissairaanhoidossa jonkin erikoisalan (esim silmätaudit) tuottamista yhteistoiminta-alueen yhteisenä toimintana lainsäädäntö ei sallisi. Kapeilla tai erikoisaloilla, joilla on henkilöstön rekrytointiongelmia useilla hyvinvointialueilla voi osoittautua ongelmalliseksi vastata erikoisalan järjestämisvastuusta julkisena toimintana ilman yhteistoiminta-alueiden yhteistyötä. Kielto hyödyntää laajasti yhteistoiminta-alueen yhteistyömahdollisuuksia vaarantaa pienien hyvinvointialueiden itsenäisen järjestämisvastuun toteuttamisen lain edellyttämällä tavalla. Hyvinvointialueille sekä yhteistyöalueille tulisi pikemminkin laajentaa ja mahdollistaa kuin karsia ja rajata yhteistyön tekemisen mahdollisuuksia ja rakenteita. Tältä osin lainsäädäntökokonaisuus edellyttää edelleen uudelleenarviointia.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Hyvinvointialueiden yhteistyömahdollisuudet vastaisivat kuntien nykyisiä yhteistyömahdollisuuksia sillä poikkeukselle, että kuntayhtymään rinnastuvan hyvinvointiyhtymän tehtävinä voisi hyvinvointialueesta annettavan lain 58 §:n mukaan olla vain sen jäse-

nenä olevien hyvinvointialueiden toimialaan kuuluvien tehtävien tukipalvelujen tuottamiseen liittyviä tehtäviä. Lisäksi hyvinvointiyhtymälle ei voitaisi siirtää järjestämisvastuuta. Hyvinvointialueiden yhteistyömahdollisuudet olisivat siten laajat ja muun muassa yhteistyöalueita koskevalla sääntelyllä ne nimenomaisesti velvoitettaisiin yhteistyöhön.

Valvira toteaa, että hyvinvointialueiden yhteistyöaluetta ja yhteistyösopimusta koskien valtioneuvostolla tulisi olla velvollisuus säätää asetuksella yhteistyösopimuksen laatimisen aikataulusta ja hyväksytyn yhteistyösopimuksen toimittamisesta sosiaali- ja terveysministeriöön.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Kyseinen asetuksenantovaltuus on esityksen valmistelussa arvioitu tarpeelliseksi, ja se on kirjattu lakiesityksen 37 §:n 5 momenttiin säädösvalmistelussa vakiintuneella tavalla. Viime kädessä päätöksen asetuksen antamisesta tekee aina siihen valtuutettu taho.

Valvira toteaa, että valtioneuvosto tulisi velvoittaa päättämään yhteistyösopimuksesta, mikäli hyvinvointialueet eivät pääse sopimukseen sen sisällöstä valtioneuvoston asetuksessa edellytetyssä aikataulussa tai jos asioista ei ole sovittu säädetyllä tavalla.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että valtioneuvosto päättäisi käytännössä yhteistyösopimuksesta hyvinvointialueita sitovasti, mikäli joku 38 §:n 1 momentissa säädetyistä kriteereistä täyttyisi. Koska momentin 2 ja 3 kohdan mukaisiin puuttumiskriteereihin (sopimus ei turvaa hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien toteutumista tai sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta) kuitenkin liittyy harkintavaltaa, tulisi valtioneuvostolla myös olla harkintavaltaa sen suhteen, käyttäisikö se puuttumisoikeuttaan. Valtioneuvosto voisi esimerkiksi ensin kehottaa hyvinvointialueita itse muuttamaan tai täydentämään sopimustaan. Täten sosiaali- ja terveysministeriö ei katso tarpeelliseksi muuttaa säännöstä.

Valviran näkemyksen mukaan olisi perusteltua, että ministeriötä on kuultava yhteistyösopimuksen valmistelussa, jolloin ministeriö ohjaa ja ottaa jo valmisteluvaiheessa kantaa sopimuksen säännöstenmukaisuuteen. On myös hyvin tärkeää, että yhteistyösopimusten toteutumista seurataan vuosittain STM:n ja yhteistyöalueiden hyvinvointialueiden välisissä neuvotteluissa. Ehdotettujen säännösten perusteella jää epäselväksi, miten yhteistyösopimuksen toteutuminen yhteistyöalueella turvataan siinä tapauksessa, että jokin hyvinvointialue/-alueet ei/eivät noudata sitä. Epäselväksi jää, mitä tarkoitetaan 37 §:n 4 momentissa esitetyllä sopimuksen muuttamismenettelyllä, joka voisi perustua yhden tai useamman hyvinvointialueen esitykseen tai STM:n aloitteeseen. Sote-järjestämislaissa tai vaihtoehtoisesti terveydenhuoltolaissa tulisi selkeästi kuvata yhteistoiminta-alueyhteistyön oikeudellinen merkitys palvelujärjestelmän turvaamisen kannalta.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että hyvinvointialueiden itsehallintoa tulee kunnioittaa niin pitkälle kuin se perusoikeuksien turvaamisen näkökulmasta on mahdollista. Hyvinvointialueilla olisi ensisijainen velvollisuus huolehtia sopimuksen säännöstenmukaisuudesta. Näin ollen sosiaali- ja terveysministeriö katsoo olevan riittävää, että hyvinvointialueilla olisi sote-järjestämislain 37 §:n 3 momentin mukaan velvollisuus kuulla sosiaali- ja terveysministeriötä ennen yhteistyösopimuksen hyväksymistä. Esityksessä esitettävän valtion ohjausmallin lähtökohtana kuitenkin olisi jatkuvaluonteinen ja matalan kynnyksen vuorovaikutus

hyvinvointialueiden ja ohjaavien ministeriöiden välillä. Ministeriöt myös kävisivät vuosittain neuvottelut sekä kunkin hyvinvointialueen (sote-järjestämislaki 24 §) että yhteistyöalueen (sote-järjestämislaki 37 § 4 mom.) kanssa. Näin ollen yhteistyöalueen tarpeista, tilanteesta ja yhteistyösopimuksesta keskusteltaisiin ministeriöiden ja hyvinvointialueiden välillä jatkuvaluonteisesti.

Mikäli hyvinvointialueiden välille syntyisi erimielisyyttä yhteistyösopimuksen noudattamisesta, nämä ratkaistaan lähtökohtaisesti oikeudenkäynnistä hallintoasioissa annetun lain (808/2019) 20 §:ssä tarkoitettuina hallintoriita-asioina hallintooikeudessa. Menettelystä hallintoriita-asiassa säädetään mainitussa laissa. Mikäli sopimuksen noudattaminen johtaisi epäkohtiin hyvinvointialueen järjestämässä sosiaali- ja terveydenhuollossa, valvontaviranomaiset voisivat puuttua asiaan sote-järjestämislain 6 luvun sääntelyn mukaisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö pyrkisi ohjauksellaan edistämään yhteistyösopimuksen sujuvaa toteutumista sekä tukemaan hyvinvointialueita mahdollisten ongelmien ennaltaehkäisyssä ja ratkaisemisessa. Jos yhteistyösopimuksen noudattamatta jättäminen johtaisi tilanteeseen, jossa hyvinvointialueen kyky järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto olisi sote-järjestämislain 27 §:ssä tarkoitetulla tavalla ilmeisesti vaarantunut muutoin kuin tilapäisesti, sosiaali- ja terveysministeriö voisi myös tehdä valtiovarainministeriölle aloitteen hyvinvointialueesta ehdotettavan lain 122 §:ssä tarkoitetun hyvinvointialueen arviointimenettelyn käynnistämiseksi.

Sote-järjestämislain 37 §:n 4 momentissa esitetyllä sopimuksen muuttamismenettelyllä tarkoitettaisiin sitä, että mikäli yksi tai useampi hyvinvointialue taikka sosiaali- ja terveysministeriö katsoisi tarpeelliseksi muuttaa sopimusta ja tekisi tästä esityksen muille hyvinvointialueille, hyvinvointialueiden olisi aloitettava neuvottelut sopimuksen muuttamiseksi. Pykälän 5 momenttiin sisältyvän asetuksenantovaltuuden mukaan menettelystä voitaisiin säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

6 luku Omavalvonta ja viranomaisvalvonta

40 § Hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan omavalvonta

Etelä-Suomen aluehallintoviraston (ESAVI) näkemyksen mukaan on epäloogista, että sote-järjestämislaissa asetetaan 40 §:ssä yksityisille palveluntuottajille omavalvontasuunnitelmiin liittyviä velvoitteita, jotka poikkeavat joiltakin osin yksityisestä terveydenhuollosta ja yksityisistä sosiaalipalveluista annettujen lakien sääntelystä. Olisi tarkoituksenmukaista, että omavalvontaan liittyvät velvoitteet olisivat vastaavat riippumatta siitä, onko kyse kokonaan yksityisestä vai julkiselle järjestäjälle tuotetusta palvelusta. Tämä tulisi ottaa huomioon muutettaessa yksityisestä terveydenhuollosta ja yksityisistä sosiaalipalveluista annettuja lakeja uudistuksen yhteydessä.

ESAVI toteaa myös, että toimijat tulisi myös velvoittaa arvioimaan säännöllisesti omavalvonnan toteutumista, tekemään arvioiden perusteella tarpeellisia muutoksia käytänteisiin ja omavalvontasuunnitelmaan. ESAVI ja Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto toteavat, että sääntelyä tulisi täsmentää niin, että myös seurantatiedot tulee julkaista julkisessa tietoverkossa säännöllisesti, esimerkiksi kolmen kuukauden välein. ESAVI ehdottaa harkittavaksi, että 40 §:n 5 momenttia muutetaan seuraavasti: Valvira voi aluehallintovirastoja kuultuaan antaa määräyksiä omavalvontaohjelman tarkemmasta sisällöstä ja sen toteutumisen seurannasta.

Valvira pitää erittäin perusteltuna lain tavoitetta siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan painopistettä jälkikäteisestä valvonnasta järjestämisen sekä siihen kuuluvan omavalvonnan valvontaan. Esitetty sääntely on kuitenkin yhä varsin yleisluonteista ja vuorovaikutteiseen ohjaamiseen perustuvaa, mikä voi asettaa haasteita sääntelyn tehokkaalle toimeenpanolle ja valvonnan onnistumiselle. Omavalvontaohjelman sisältö ei kuitenkaan avaa riittävässä määrin sitä, kuuluvatko omavalvonta-ohjelman riskienhallintaan ja laadunhallintaan myös tietoturvan ja tietosuojan valvonta. Omavalvontaohjelman ehdotettu julkaisuvelvoite käytännössä edellyttää tietosuoja- ja tietoturvasuunnitelman nykyistä voimakkaampaa erottamista omavalvontaohjelmasta, sillä tietosuoja- ja tietoturva-suunnitelmat sisältävät materiaalia, jota ei tule julkaista.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies Sakslin on lausunnossaan todennut, ettei 40 §:n 3 momentista eikä myöskään sen yksityiskohtaisista perusteluista ilmene selvästi, kenen tehtävä omavalvontaohjelman julkaiseminen olisi. Säännöstä olisi tarpeen selventää tältä osin.

Vammaisfoorumi toteaa lausunnossaan, että omavalvonnan on oltava yhdenmukaista julkisella ja yksityisellä sektorilla. Lisäksi on taattava säännöllinen valvonta. Vammaisfoorumi esittää, että hallituksen esitystä täydennetään valvovan tahon määrittelemisellä ja että kielellisten oikeuksien toteutumista valvotaan erityisesti sote-palveluissa ja laiminlyönteihin määrätään selkeä sanktio. Ehdotuksessa ei määritellä, mikä taho valvoo käytännössä kielellisten oikeuksien toteutumista ja millaisia sanktioita on odotettavissa, mikäli palveluissa laiminlyödään säännönmukaisesti asiakkaan kielelliset oikeudet.

Invalidiliitto ry toteaa lausunnossaan, että esteettömyys tulee sisällyttää palvelun laadun ja asiakkaiden yhdenvertaisuuden kriteeriksi, ja tämä tulee huomioida esimerkiksi hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan omavalvonnassa tarkemmin kuin siitä on sote-järjestämislain 40 §:ssä esitetty.

HARSO – harvinaisten sairauksien ja vammojen potilasyhdistysten organisaatio toteaa, että esteettömyydestä, saavutettavuudesta ja kohtuullisista mukautuksista on huolehdittava myös järjestämislain 40 – 42 §:ssä.

Prof. Lillrank toteaa, että julkisella puolella palvelutuottaja, rahoittaja ja järjestäjä ovat samaa organisaatiota. Tästä syystä kunta, tai mahdollisesti hyvinvointialue, ei pysty ohjaamaan omaa tuotantoaan. Esityksen mukaan hyvinvointialue valvoo ulkoistettuja palveluntuottajia, mutta oman tuotannon valvonnasta ja sen periaatteista ei mainita.

Tutkijatohtori Henriksson (Åbo Akademi) on todennut, että jos kielelliset oikeudet otetaan vakavasti, ne tulisi sisällyttää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lain eri pykäliin muun muassa hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan omavalvontaa koskevaan 40 §:ään.

> *Sosiaali- ja terveysministeriö* toteaa, että ns. SOTE-100 –hallituksen esityksen teknisten säädösmuutosten myötä myös yksityisestä terveydenhuollosta ja yksityisistä sosiaalipalveluista annettuja lakeja on tarkoitus muuttaa vastaamaan järjestämislain omavalvontaa koskevia säännöksiä. Lisäksi ministeriössä on tarkoitus arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa sekä valvontaviranomaisten omavalvontaa koskevia säännöksiä vielä tällä hallituskaudella.
>
> Ministeriö toteaa kielellisten oikeuksien osalta, että sote-järjestämislakia sovelletaan lain 1 §:n mukaan hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja tervey-

denhuollon järjestämiseen. Lain 5 §:ssä säädetään siitä, millä kielellä palvelut on järjestettävä ja siitä, mitä kieltä asiakkaalla on oikeus käyttää palveluissa. Sote-järjestämislain 5 §:n sääntely vastaa nykyistä kuntia ja kuntayhtymiä koskevaa sääntelyä sote-palvelujen osalta. Ministeriö toteaa, että asiakkaiden palvelujen kieli on turvattu 5 §:n säännöksen perusteella myös hankittaessa palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta. Hyvinvointialueella on velvollisuus noudattaa 5 §:n säännöstä järjestämissään palveluissa tuotantotavasta riippumatta eli myös silloin, kun se hankkii palveluja esimerkiksi ostopalveluina yksityiseltä palveluntuottajalta. Sen lisäksi mitä 5 §:ssä säädetään, sote-järjestämislain 19 §:ssä säädettäisiin kielilakien soveltamisesta yksityisen palveluntuottajan toimintaan. Omavalvonnan osalta sote-järjestämislain 40 §:ssä todetaan, että hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan on omavalvonnassaan erityisesti varmistettava muun muassa palvelujen laatu. Kielelliset oikeudet sisältyvät palvelujen laadun ja oman toiminnan lainmukaisuuden omavalvontaan. Ministeriö katsoo, että kielellisistä oikeuksista on ehdotettu säädettäväksi kattavasti sote-järjestämislaissa. Hyvinvointialueen 8 §:ssä säädettyyn järjestämisvastuuseen sisältyy vastuu myös esimerkiksi 5 §:ssä säädettyjen palvelujen kieltä koskevien velvoitteiden toteutumisesta.

Omavalvonnan palvelujen laadun varmistamiseen sisältyy myös esteettömyyden toteutumisen valvonta.

Sote-järjestämislain 40 §:ssä todetaan myös, että tehtävien ja palvelujen omavalvonta on toteutettava osana järjestämistä ja tuottamista. Hyvinvointialueen omavalvontaan sisältyy siten myös oman palvelutuotannon valvonta.

Ministeriö toteaa vielä, että 40 § koskee hyvinvointialueen ja yksityisen palveluntuottajan velvollisuutta laatia omavalvontaohjelma, sen seuranta ja myös velvollisuus julkaista omavalvontaohjelma ja sen toteutumisen seurantaan perustuvat huomiot ja niiden perusteella tehtävät toimenpiteet. Ministeriön asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä omavalvontaohjelman yleisestä sisällöstä ja laatimisesta. Lisäksi Valvira voi antaa määräyksiä omavalvontaohjelman tarkemmasta sisällöstä ja sen toteutumisen seurannasta. Omavalvontaan kuuluvien eri osioiden keskinäisestä suhteesta voidaan antaa näissä yhteyksissä tarkempia oikeusohjeita.

Ministeriö ei pidä tarpeellisena muuttaa 40 §:n sisältöä.

41 § Hyvinvointialueen ohjaus- ja valvontavelvollisuus

ESAVI ja Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto toteavat järjestämislain 41 § 2 momentista, että mikäli kyse on asiakas- tai potilasturvallisuuteen välittömästi vaikuttavasta epäkohdasta tai puutteesta, hyvinvointialueen tulisi voida edellyttää sen korjaamista välittömästi. Sääntelyä on tarpeen tältä osin täsmentää. Asiakas- tai potilasturvallisuutta vakavasti vaarantavissa tilanteissa hyvinvointialueen tulisi myös olla välittömästi yhteydessä valvontaviranomaiseen, jotta tämä voisi harkita, mihin toimenpiteisiin asiassa on syytä ryhtyä.

ESAVI lausuu lisäksi, että hallituksen esityksen perusteella jää epäselväksi, miten kuntien velvollisuus valvoa myös muita alueellaan toimivia yksityisiä sosiaalihuollon palveluntuottajia jatkossa toteutuisi. Aluehallintoviraston näkemyksen mukaan olisi myös syytä harkita, onko hyvinvointialueen valvontavastuuta mahdollista ulottaa hyvinvointialueen omiin yksiköihin, sillä omavalvonnan keinot eivät niissäkään välttämättä riittävällä tavalla varmista palvelun laatua ja asiakkaiden tai potilaiden oikeuksien toteutumista.

Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto toteaa, että 41 §:ää tulisi tarkentaa sen osalta, mikä on hyvinvointialueen ohjaus- ja valvontatoimenpiteiden keskinäinen suhde, ja mitä säännöksessä mainitulla epäkohtien ja puutteiden korjaamisvaatimuksella tarkoitetaan. Myös korjaamisvaatimuksen suhde hankintasopimukseen ja valvontaviranomaisen toimenpiteisiin olisi syytä laissa täsmentää.

Valvira katsoo, että pykälässä on välttämätöntä säätää hyvinvointialueille velvollisuus kirjata kaikki toimenpiteensä ohjaus- ja valvontavelvollisuuden toteuttamiseen liittyen. Hyvinvointialueiden ohjaus- ja valvontatoimenpiteiden suhde valvontaviranomaisten toimenpiteisiin on epäselvä ja sitä tulee tarkentaa. Valviran näkemyksen mukaan epäselväksi jää se, mikä taho tekee ohjaus- ja valvontatoimenpiteitä missäkin vaiheessa ja miten eri tahojen toimenpiteet vaikuttavat toisiinsa. Epäselvyydet ilmenevät muun muassa siinä, että viranomaisten välistä yhteistyötä koskevassa 44 §:ssä todetaan, että hyvinvointialueen olisi ilmoitettava yksityisen palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenneistä epäkohdista ja puutteista välittömästi palveluja valvovalle valvontaviranomaiselle. Lakiehdotuksen 41 §:ssä ehdotetaan kuitenkin, että hyvinvointialueen olisi ohjattava yksityistä palveluntuottajaa puutteista/epäkohdista tai tarvittaessa pyydettävä yksityiseltä palveluntuottajalta ja tämän alihankkijalta asiasta selvitystä asettamassaan riittävässä määräajassa. Epäkohtien tai puutteiden ilmettyä hyvinvointialueen olisi vaadittava niiden korjaamista asettamassaan riittävässä määräajassa. Edellä mainittua hyvinvointialueiden ja valvontaviranomaisten toimivaltuuksia koskeva epäselvyys tulisi selventää.

Suomen Kuntoutusyrittäjät ry toteaa, että 6 luvun 41 §:n on lisättävä uusi kappale hyvinvointialueen velvollisuudesta huolehtia palvelumarkkinoiden toimivuudesta silloin, kun se on ainoa tai pääasiallinen ostaja palveluille. Hyvinvointialueiden on huolehdittava myös palvelun järjestämisen tasapuolisuudesta suhteessa omana tuotantoon erillisen suunnitelman mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Ministeriö pitää aluehallintovirastojen ehdotusta hyvänä ja ehdottaa täsmennystä järjestämislain 41.2 §:n viimeiseksi lauseeksi seuraavasti (*kursivoitu)*:

” Hyvinvointialueen on järjestämisvastuunsa nojalla ohjattava ja valvottava yksityisiä palveluntuottajia ja näiden alihankkijoita jatkuvasti palveluja tuotettaessa. Jos yksityisen palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenee mahdollisia epäkohtia tai puutteita, hyvinvointialueen on ohjattava yksityistä palveluntuottajaa tai tarvittaessa pyydettävä yksityiseltä palveluntuottajalta ja tämän alihankkijalta asiasta selvitystä asettamassaan riittävässä määräajassa. Epäkohtien tai puutteiden ilmettyä hyvinvointialueen on vaadittava niiden korjaamista asettamassaan riittävässä määräajassa. *Jos on kyse asiakas- tai potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavista epäkohdista tai puutteista, hyvinvointialueen on vaadittava niiden välitöntä korjaamista. ”*

Ministeriö toteaa, että hyvinvointialueesta annetun lain 10 §:n mukaan hyvinvointialueen tulee varmistaa sen järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen palveluntuottajien toiminnan, sekä oman palveluntuotannon että yksityisten palveluntuottajien toiminnan asianmukaisuus. Hyvinvointialue myös ohjaa ja valvoo palveluntuottajia. Hyvinvointialueen keinot perustuvat toisaalta sen omaan määräysvaltaan omasta toiminnastaan, toisaalta sopimusoikeudellisiin toimenpiteisiin suhteessa sille palveluita tuottaviin tahoihin. Laissa yksityisestä terveydenhuollosta ja laissa yksityisistä sosiaalipalveluista säädetään erikseen yksityiseen palveluntuottajaan kohdistuvasta valtion valvontaviranomaisen eli aluehallintoviraston ja Valviran valvontatoimivallasta.

Ministeriö ehdottaa myös viranomaisten välistä yhteistyötä koskevaa 44.2 §:ää täsmennettäväksi siten, että asiakas- tai potilasturvallisuutta vakavasti vaarantavissa tilanteissa hyvinvointialueen tulisi myös olla välittömästi yhteydessä valvontaviranomaiseen, jotta tämä voisi harkita, mihin toimenpiteisiin asiassa on syytä ryhtyä.

42 § Viranomaisvalvonta ja siihen liittyvä ohjaus

ESAVI toteaa, että palvelurakenteen lainmukaisuuden valvontaa ei enää mainita, mikä herättää kysymyksen siitä, onko sen arvioitu valvontatarve poistunut vai sisältyykö se mahdollisesti muuhun järjestämisen valvontaan. ESAVI ehdottaa, että 42 §:ssä on tarpeen tarkentaa, miten järjestämisen ja palvelutuotannon valvonta jakautuu hyvinvointialueiden toimiessa yhteistyössä tai yhteistoiminnassa mahdollisesti aluehallintoviraston toimialueen rajat ylittäen. Aluehallintovirasto toteaa, että aina ei kuitenkaan ole yksiselitteistä kumman viranomaisen toimivaltaan asian käsittely kuuluu. Sote-järjestämislain 42 §:n 3 momentin 2 kohdassa tarkoitetun mukaisena Valviran toimivaltaan kuuluvana asiana voidaan aluehallintoviraston käsityksen mukaan pitää esimerkiksi sellaista tapausta, jossa potilas on saanut hoitoa kahden tai useamman aluehallintoviraston alueella ja valvonta kohdistuu koko hoitokokonaisuuteen. Tällaisen asian käsitteleminen yhdessä viranomaisessa on myös tarkoituksenmukaista. Tarvittaessa Valviran ja aluehallintovirastojen tarkemmasta työnjaosta ohjauksessa ja valvonnassa voidaan säätää valtioneuvoston asetuksella.

Aluehallintovirasto toteaa myös, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valvonnan sisältyminen valvonnan piiriin olisi tarpeen tuoda selkeämmin esiin jo aiemmissa momenteissa.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies toteaa järjestämislain 42 §:stä, jos palveluja tuotettaisiin useamman kuin yhden aluehallintoviraston toimialueella, voisi olla perusteltua, että Valviralla olisi oikeus tällaisissa tilanteissa määrätä toimivaltaisesta aluehallintovirastosta.

Terveys- ja Sosiaalialan Yrittäjät, TESO ry kysyy lausunnossaan, miten turvataan eri palveluntuottajien yhdenvertainen kohtelu, eli miten valvotaan tasavertaisesti sekä julkisia – että yksityisiä palveluntuottajia.

Sosiaalialan koulutettujen ammattijärjestö Talentia ry toteaa, että sosiaalialalle tarvitaan pikaisesti oma alakohtainen työhyvinvointiohjelma. Alan kuormitustekijät tunnistetaan jo, mutta ratkaisukeinoja työolosuhteiden parantamiseen, työkykyjohtamisen ja osaamisen kehittämiseen vastaamaan työn kasvavia osaamisvaatimuksia ei sen sijaan ole aktiivisesti kehitetty. Työhyvinvoinnin ja työnjaon kehittämisvastuun organisoituminen tulee rakentaa Valviran, Työterveyslaitoksen, Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen, työnantajien ja henkilöstön yhteistyölle. Sosiaali- ja terveysministeriön tulee lisätä ohjausta ja valvontaa tulevien hyvinvointialueiden työsuojelun yhteistoiminnan vahvistamiseksi ja lainmukaisen työturvallisuusvastuun toteuttamisesta.

Attendo Oy toteaa lausunnossaan, että ehdotetun sote-järjestämislain 42 §:ssä on esitetty, että valvontaviranomaiset valvoisivat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen lainmukaisuutta ja antavat valvontaan liittyvää ohjausta. Vaikka sote-järjestämislain 42 §:stä on poistettu termi palvelurakenne ja nykyisen sanamuodon mukaan valvontaviranomaiset valvovat palvelujen lainmukaisuutta, tehty muutos ei poista säännöksen epäselvyyttä ja ongelmia. Edelleen epäselväksi jää muun muassa se, onko valvontaviranomaisilla oikeus ja velvollisuus valvoa myös hyvinvointialueen oman palvelutuotannon riittävyyttä. Myös on epäselvää, mikä olisi sosiaali- ja terveysministe-

riön ohjausvallan suhde valvontaviranomaisten ohjausvaltaan. Attendo esittää, että valvontaviranomaisten valvontatehtävien tulee puolestaan keskittyä siihen, että tarjotut palvelut ovat oikeassa suhteessa asiakkaiden palvelutarpeeseen – siitä riippumatta, ovatko palvelut hyvinvointialueen itse tuottamia vai yksityisten palveluntuottajien ostopalveluina tuottamia. Hyvinvointialueen valitseman palvelujen tuottamistavan (oma tuotanto vai ulkoistus) valvominen ei toisin sanoen tule kuulua valvontaviranomaisten tehtäviin.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

> Ministeriö toteaa, että valvonnalla tarkoitetaan sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja niiden yhdenmukaisuus, saatavuus ja saavutettavuus sekä tuotannon toteutustavat ja niiden toteuttamisen muodot vastaavat yhteensopivana kokonaisuutena sote-järjestämislaissa säädettyjä lakisääteisiä velvollisuuksia sekä hyvinvointialueiden laillisuusohjausta. Ministeriölle kuuluu järjestämislakiin perustuvan toiminnan yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta. Valvira valvoo sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja toimintaa valtakunnallisesti ja aluehallintovirastot valvovat toimintaa toimialueillaan.
>
> Ministeriö toteaa, että 42 §:n 3 momentin 2 kohta on riittävä, jos palveluja tuotetaan useamman kuin yhden aluehallintoviraston toimialueella. Valvonnan näkökulmasta henkilöä koskevissa asioissa on aina yksi hyvinvointialue, jonka lukuun hänelle palveluja tuotetaan. Järjestelmätason asioissa on yksi organisaatio, jonka lukuun toimitaan. Yhteistoiminnassa voi olla toki useampi hyvinvointialue, mutta tällöin asia kuuluu em. säännöksen perusteella Valviralle.
>
> Ministeriön näkemyksen mukaan 42 §:n 4 momentin säännös on riittävä sellaisenaan. Kyseisessä 4 momentissa on todettu, että järjestämislain 6 luvun valvontasäännökset koskevat myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valvontaa kunnassa.

43 § Valvonta-asian käsittely

ESAVI toteaa, että ottaen huomioon hyvinvointialueesta annetun lain tästä poikkeavan 11 §:n 2 momentin sääntelyn sote-järjestämislain 43 §:n 2 momentissa olisi syytä täsmentää, että valvonta-asia voi tulla vireille myös valvontaviranomaisen omasta aloitteesta. Lakiehdotuksen 43.3 §:stä aluehallintovirasto toteaa, että mikäli priorisointimahdollisuus on tämän lain kautta tarkoitus ulottaa myös yksityisiä toimijoita koskeviin terveyden- ja sosiaalihuollon kantelu- ja valvonta-asioihin, siitä tulisi säätää erikseen. Mikäli tämä ei ole tarkoituksena, vastaavat muutokset tulee tehdä yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä ammattihenkilöitä koskevaan lainsäädäntöön. ESAVI toteaa myös, että 43.3 §:ssä säädetään valvonta-asian vanhentumisajaksi kaksi vuotta. Vanhentumisajasta voi poiketa erityisestä syystä. Sääntely vastaa kanteluiden osalta säädettyä, mikä on tarkoituksenmukaista. Hallituksen esityksessä laiksi hallintolain muuttamiseksi (HE 50/2013) todetaan hallintokanteluiden vanhentumisen osalta, että lähtökohdaksi on asetettavissa, ettei viisi vuotta vanhempaa asiaa oteta tutkittavaksi. Vastaavaa takarajaa olisi pidettävä lähtökohtana myös muiden valvonta-asioiden osalta.

Sosiaaliasiamiehet ry toteaa, että ehdotuksen mukaan Valvira ja aluehallintovirasto eivät tutkisi kahta vuotta vanhempaan tapahtumaan perustuvaa valvonta-asiaa, ellei siihen olisi erityistä syytä. Yhdistys arvioi, että ehdotus on kannatettava resurssien tarkoituksenmukaisen

suuntaamisen näkökulmasta. Yhdistys toivoo huomioitavan, että 2 vuotta on lyhyt aika. Aikaraja ei siten saa muodostua sillä tavoin ehdottomaksi, ettei tilaa yksittäistapauksselliselle harkinnalle jätetä.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Ministeriö toteaa, että valvontaviranomainen päättää valvonta-asian vireille tulosta. Valvonta-asia voidaan ottaa vireille valvontaviranomaisen omasta aloitteesta.

Ministeriö toteaa, että 43.3§:n mukaan erityisestä syystä voidaan tutkia myös kahta vuotta vanhempi asia. Säännös vastaa hallintolain hallintokantelun vanhentumisaikaa samoin kuin eduskunnan oikeusasiamiehen ja valtioneuvoston oikeuskanslerin käsittelemien kanteluasioiden vanhentumisaikaa koskevia säännöksiä. Hallintolain 53 b §:n mukainen kahden vuoden vanhentumisaika koskee ainoastaan kanteluja, mutta sote-järjestämislain 43.3 §:n mukainen vanhentumisaika koskisi laajemmin kaikkia valvonta-asioita. Valvonta-asia voisi tulla tutkittavaksi kahden vuoden jälkeen esimerkiksi silloin, kun valvontaviranomaiselle tehdyn ilmoituksen perusteella on aihetta epäillä merkittävänä pidettävää virheellistä menettelyä tai muuta epäkohtaa, joka saattaa vaikuttaa toimintaan edelleen. Kyse olisi aina tapauskohtaisesta erityisen syyn arvioinnista.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on tarkoitus arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa vielä tällä hallituskaudella. Valvonnan arviointi koskisi sekä julkisia palvelunjärjestäjiä ja –tuottajia että yksityisiä palveluntuottajia.

44 § Viranomaisten välinen yhteistyö

ESAVI ja Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto pitävät säännöstä 44.2 §:n ilmoitusvelvollisuudesta tarpeellisena, mutta sitä tulisi tarkentaa sen osalta, millaisia epäkohtia se koskee. Ilmoitusvelvollisuuden piiriin olisi tarkoituksenmukaista kuulua esimerkiksi asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat sekä sellaiset puutteet, joita ei ole korjattu annetusta ohjauksesta huolimatta. Valvontatyön kannalta tarpeellista olisi hyvinvointialueen ilmoitusvelvollisuuden ulottaminen myös sen itse tuottamiin palveluihin.

ESAVI toteaa, että lakiehdotuksen 44 §:n 3 momentin mukaan valvontaviranomaisten on ilmoitettava valvonnassa havaitsemistaan lääkehuollon puutteista tai muista epäkohdista Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukselle. ESAVI toteaa, että käytetty ilmaus lääkehuollon puutteet ei ole riittävän selkeä, vaan sitä tulee tarkentaa siltä osin, millaisia puutteita säännöksessä tarkoitetaan. Myös tältä osin olisi perusteltua säätää, että ilmoitusvelvollisuus kohdistuisi esimerkiksi asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantaviin epäkohtiin.

Valvira kysyy, koskeeko ilmoitusvelvollisuus kaikkia epäkohtia, mitä tietoja voidaan ilmoittaa ja voidaanko ilmoittaa kesken olevista valvonta-asioista. Säännöksen perusteella on epäselvää, mikä hyvinvointialueiden ja valvontaviranomaisten ohjauksen ja valvonnan suhde on. Säännöksessä tulisi säätää tarkemmin siitä, miten tietojen vaihto on käytännössä tarkoitus toteuttaa ja missä vaiheessa prosessia. Lisäksi tarvitaan ajantasainen rekisteri hyvinvointialueiden palveluntuottajista alihankkijoineen, jotta ilmoitusvelvollisuutta voidaan toteuttaa. Valvira toteaa, että 44 §:n perusteluissa mainitaan, että jos Valvira on määrännyt aluehallintoviraston tekemään puolestaan tarkastuksen, olisi valvonta-asia saatettava loppuun yhteistyössä aluehallintovirastojen kanssa. Tämän toteuttamistapaa olisi ehdottomasti syytä tarkentaa, koska kyseessä on erilliset virastot (Valvira ja kuusi erillistä aluehallintovirastoa).

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

> Ministeriö pitää aluehallintovirastojen ehdotusta hyvänä, myös Valviran tekemien kysymysten vastauksena, ministeriö ehdottaa 44 §:n 2 ja 3 momentin täsmennettäväksi seuraavasti:
>
> ”Hyvinvointialueen on ilmoitettava *välittömästi palveluja valvovalle valvontaviranomaiselle palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toiminnassa ilmenneet asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavat epäkohdat sekä sellaiset puutteet, joita ei ole korjattu annetusta ohjauksesta huolimatta.* Jos valvontaviranomainen saa valvontatoiminnassaan tiedon *asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavista epäkohdista tai puutteista palveluntuottajan* tai tämän alihankkijan toiminnassa, valvontaviranomaisen on vastaavasti ilmoitettava asiasta välittömästi hyvinvointialueille, joille *palveluntuottaja* tuottaa palveluja. Lisäksi hyvinvointialueen ja valvontaviranomaisen on lähetettävä toisilleen tiedoksi laatimansa tarkastuskertomukset, jotka koskevat hyvinvointialueelle palveluja tuottavan palveluntuottajan tai tämän alihankkijan toimintaa.”
>
> ”Lääkelaissa (395/1987) tarkoitettua toimintaa valvoo Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus ja säteilylaissa (859/2018) tarkoitettua toimintaa valvoo Säteilyturvakeskus. Jos aluehallintovirasto tai Valvira on valvonnassaan havainnut lääkehuollossa *asiakas- ja potilasturvallisuutta olennaisesti vaarantavia* puutteita tai epäkohtia, niistä on ilmoitettava Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskukselle. Säteilyn käytössä havaituista puutteista ja epäkohdista on ilmoitettava Säteilyturvakeskukselle.”

45 § Ohjaus- ja arviointikäynnit

ESAVI toteaa, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tarkastelun tulee olla systemaattisesti osana sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelman mukaisia ohjaus- ja arviointikäyntejä. Aluehallintovirasto kuitenkin toteaa, että eri viranomaisten vastuut ovat osittain päällekkäiset, kun sosiaali- ja terveysministeriö käy vuosittain ohjaus- ja arviointikäyntien sisältöön verrattavista asioista neuvottelut hyvinvointialueen kanssa. Tästäkin syystä aluehallintoviraston mukanaolo kyseisissä sote-järjestämislain 24 §:n mukaisissa neuvotteluissa olisi perusteltua.

Valvira toteaa, että 45 §:ään tai 42 §:ään (tulisi koskea myös 46 ja 48 §:ää) tulisi sisältyä maininta, että Valviralla on oikeus tehdä ohjaus- ja arviointikäyntejä myös tietojärjestelmien valvonnassa. Varsinaisten käyntien lisäksi myös muunlaisen ohjauksen ja arvioinnin tulisi olla mahdollista.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies Sakslin toteaa, että järjestämislain 45 ja 46 §:ssä valvontaviranomaisen valvontakäynnit jaoteltaisiin ohjaus- ja arviointikäynteihin ja tarkastuskäynteihin. En ole vakuuttunut siitä, onko valvontaviranomaisen valvontakäyntien tällainen jaottelu tarpeellista. Tehokkaan valvonnan toteutumisen kannalta on mielestäni ongelmallista, että ohjaus- ja arviointikäynneistä ja niiden ohjelmasta olisi järjestämislain 45 §:n 2 momentin mukaan sovittava ennakkoon ja että käynnin kohteella olisi säännöksen yksityiskohtaisten perustelujen mukaan ”mahdollisuus ilmoittaa, että se ei pidä valvontaviranomaisten suunnittelemaa ohjauskäyntiä tarpeellisena”. Tosin perusteluissa todetaan, että valvontaviranomainen voisi kuitenkin arvioida, onko tällöin tarvetta 46 §:n mukaiseen tarkastukseen. Säännöksiä tulisi vielä näiltä osin arvioida uudelleen.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Ministeriö toteaa, että sote-järjestämislain 24 §:n mukaiset neuvottelut hyvinvointialueen kanssa ovat fokukseltaan erilaiset kuin 45 §:ssä tarkoitetut ohjaus- ja arviointikäynnit. Sote-järjestämislain 24 §:n mukaisten neuvottelujen tarkoituksena on yhteisen tilannekuvan tarkastelu ja hyvinvointialueen järjestämistehtävän strategisen tason ohjaus. Sote-järjestämislain 45 §:ssä tarkoitetut ohjaus- ja arviointikäynnit ovat palvelujen ja palveluntuottajien kanssa käytävää vuoropuhelua operatiivisella tasolla.

Ministeriö toteaa, että ohjaus- ja arviointikäynnit ovat hyödyllisiä, ne tukevat osaltaan valvontaohjelmien toteuttamista ja myös valvontaviranomaisen ohjaustehtävää. Ohjaus- ja arviointikäynneissä on mahdollisuus molemminpuoliseen tietojen vaihtoon. Ohjaus- ja arviointikäyntien yhteydessä valvontaviranomaiset saavat tietoja esimerkiksi palvelujen järjestämis- ja toteutustavoista. Valvontaviranomaiset voivat puolestaan perehdyttää johtoa, luottamushenkilöitä ja henkilöstöä valvontaohjelmiin, lainsäädäntöön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ajankohtaisiin asioihin. Tällaisia käyntejä on mahdollista toteuttaa valvontatehtävän puitteissa jo nykyisin, samoin kuin muita valvontakäyntejä, jotka perustuvat valvottavan vapaaehtoisuuteen. Ohjaus- ja arviointikäynneissä on kyse vuorovaikutteisen ohjauksen menettelytavasta, jossa on tarkoituksenmukaista ennakkoon valmistautua puolin ja toisin erikseen sovitun aihesisällön mukaisesti. Valvontakäyntejä, joissa ei ole kyse hallintolain mukaisessa menettelyssä toteutettavasta yksittäisen jo vireillä olevan valvonta-asian selvittämiseksi suoritettavasta tarkastuksesta, voidaan toteuttaa myös ennalta ilmoittamatta (ks. myös jäljempänä 46 §:n osalta sekä hallintolain esitöissä HE 72/2002 vp, s. 93). Ehdotetun sääntelyn tarkoitus on selkeyttää erilaisten käyntien suhdetta ja merkitystä myös valvottavan kannalta.

Ministeriön näkemyksen mukaan valvontaviranomaisten valvontaan sisältyy myös tietojärjestelmien ohjaus ja valvonta.

46 § Tarkastusoikeus

ESAVI ja Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto ehdottavat tarkastusmääräystä koskevan edellytyksen poistamista kyseisestä pykälästä. Tarkastusmääräys on valvontaviranomaisten tällä hetkellä käyttämä sisäinen määräys, josta ei ole sääntelyä laissa. Sen tarkoituksena on ollut erityisesti tarkastukselta edellytettävän perustellun syyn kirjaaminen. Sen edellyttäminen jatkossa lain tasolla vaikuttaa epätarkoituksenmukaiselta ottaen huomioon se, että perustellun syyn edellytys on tarkoitus poistaa ja valvontaa tältä osin tehostaa. Aluehallintovirastot toteavat myös, että ehdotetun 46 §:n yksityiskohtaisissa perusteluissa tuodaan esiin, että jos toiminnassa ilmenisi ongelmia tai epäilyjä sellaisista, olisi valvontaviranomaisella tällöin velvollisuus selvittää asia tarvittaessa tarkastuksin. Tästä voi syntyä kuva, että valvontaviranomaisen selvittämisvelvollisuus olisi laajempi kuin mitä 43 §:ssä säädetään valvontaviranomaisen laajasta harkintavallasta valvonta-asian käsittelyssä.

Valvira katsoo erittäin tärkeäksi, että yksityisiä palvelujen tuottajia koskevaa lainsäädäntöä tulisi muuttaa vastaamaan hyvinvointialueiden valvontaa koskevaa lainsäädäntöä. Käytännössä tämä tarkoittaisi, että yksityisiä palvelujen tuottajia koskevista substanssilaeista tulisi poistaa perustellun syyn vaatimus, jotta valvonta hyvinvointialueiden ja yksityisten palvelujen tuottajien välillä olisi yhdenmukaista.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies toteaa, että järjestämislain 46 §:n 2 momentin mukaan tarkastajalla olisi oikeus ottaa kuvatallenteita tarkastuksen aikana. Perusteltua voisi olla säätää nimenomaisesti myös äänitallenteiden hyödyntämisestä. Apulaisoikeusasiamies toteaa myös, että järjestämislain 46 §:n 4 momentin mukaan tarkastukseen sovellettaisiin muutoin mitä hallintolain 39 §:ssä säädetään. Hallintolain 39 §:ää ei ole tarkoitettu sovellettavaksi järjestämislain 46 §:n mukaisessa valvonnallisessa tarkastuksessa ja säännöstä tulisi tältä osin muuttaa. Hallintolain esitöissä todetaan, että hallintolain 39 § koskee ainoastaan sellaista viranomaisen toimivaltaan muun lainsäädännön nojalla kuuluvaa tarkastusta, jonka suorittaminen on tarpeen tietyn hallintoasian selvittämiseksi tai päätöksen edellytysten toteamiseksi. Viranomaisen toimivaltaan kuuluvat valvontatyyppiset tarkastukset jäisivät vastaisuudessakin muun lainsäädännön varaan (HE 72/2002 vp, s. 93). Apulaisoikeusasiamies on todennut saman asian hyvinvointialueesta annetun lain 10 §:n osalta.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Ministeriön näkemyksen mukaan ei ole syytä poistaa maininta tarkastusmääräyksestä. Tarkastusmääräys on keskeisesti viranomaisen sisäinen menettelytapapäätös, mutta sillä on myös asianosaisen valvottavan kannalta merkitystä tarkastuksen tarkoituksen ja tavoitteiden sekä niiden dokumentoinnin kannalta.

Ministeriön näkemyksen mukaan 43 §:n ja 46 §:n välillä ei ole ristiriitaa. Myös 46 § mahdollistaa valvontaviranomaisen harkinnan siitä, millä keinoin valvontaviranomaisen tietoon tulleeseen tilanteeseen tulisi puuttua, tarvittaessa tarkastuksin. Viranomaisen selvittämisvelvollisuuden sisältö ja sen mukaisesti tarpeelliset keinot määräytyvät asian ja viranomaisen sen perusteella suorittaman harkinnan mukaisesti.

Ministeriö ehdottaa 46 §:n 2 momenttiin seuraavia täsmennyksiä (*kursivoitu):*

” Tarkastaja on päästettävä kaikkiin tässä laissa tarkoitetussa hyvinvointialueen toiminnassa käytettäviin toimitiloihin. Pysyväisluonteiseen asumiseen käytettävät tilat voidaan kuitenkin tarkastaa ainoastaan, jos tarkastaminen on välttämätöntä asiakkaan aseman ja asianmukaisten palvelujen turvaamiseksi. Tarkastuksessa on salassapitosäännösten estämättä esitettävä kaikki tarkastajan pyytämät asiakirjat, jotka ovat välttämättömiä tarkastuksen toimittamiseksi. Lisäksi tarkastajalle on salassapitosäännösten estämättä annettava maksutta hänen pyytämänsä jäljennökset asiakirjoista, jotka ovat välttämättömiä tarkastuksen toimittamiseksi. Tarkastajalla on myös oikeus ottaa kuva- *ja äänitallenteita* tarkastuksen aikana. Kuva- *ja äänitallenteita* ei kuitenkaan saa ottaa asiakkaasta ilman tämän suostumusta, jollei *tallenteen* ottaminen ole välttämätöntä valvonnan toteuttamiseksi. Tarkastajan apuna voi olla tarkastuksen toteuttamiseksi tarpeellisia asiantuntijoita. Tarkastuksen toteuttamisessa asiantuntijat voivat saada tietoonsa salassa pidettäviä asiakastietoja, jollei tarkastusta voida asianmukaisesti toteuttaa ilman pääsyä salassa pidettäviin tietoihin. Asiantuntijaan sovelletaan rikoslain 40 luvun rikosoikeudellista virkavastuuta koskevia säännöksiä hänen toimiessaan tässä pykälässä tarkoitetussa tehtävässä. Vahingonkorvausvastuusta säädetään vahingonkorvauslaissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö toteavat, että edellä mainituissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 46 ja hyvinvointialueesta annetun lain 10 §:ssä säädetään valvonnan tarkastusoikeudesta. Näissä pykälissä on tarkoitettu sitä,

että hallintolain 39 §:n menettelyä koskevaa sääntelyä sovelletaan aineellisena säännöksenä myös valvonnan tarkastuksissa. Ministeriöt eivät katso tarpeelliseksi muuttaa em. säännöksiä.

47 § Hallinnollinen ohjaus

ESAVI toteaa, ettei esityksestä käy selkeästi ilmi, miten kehotuksen katsotaan suhteutuvan vakavuudeltaan hallinnollisen ohjauksen muotoihin. Aluehallintoviraston tehtävistä ja toimivallasta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä sekä ehkäisevässä päihdetyössä (kuten aluehallintoviraston oikeudesta valvoa tiettyä toimintaa) säädetään tällä hetkellä eri toimialoja ja tehtäviä koskevissa säädöksissä konkreettisemmin. Näissä säädöksissä määritellään myös se keinovalikoima, mitä valvontaviranomainen voi eri toimialoilla ja tehtävissä käyttää. Se, miten nyt esitetty sääntely suhteutuu näiden lakien sääntelyyn jää tässä esityksessä hieman epäselväksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Ministeriö toteaa, että sote-järjestämislaki on sen soveltamisalaan kuuluvan valvonnan osalta yleislaki, ja muissa laeissa olevat valvontaa koskevat säännökset ovat erityissäännöksiä niille toimialoille, joita ne lait koskevat.

48 § Määräykset ja uhkasakko

ESAVI toteaa, että toiminnan välittömän keskeyttämisen tai kieltämisen edellytyksistä tai kriteereistä ei ole ehdotettu säädettäväksi eikä asiaa ole avattu esityksen perusteluissa, mikä on ongelmallista palveluntuottajan oikeusturvan ja asiakas- tai potilasturvallisuuden kannalta. Koska ratkaisevaa on valvontaviranomaisen arvio asiakas- tai potilasturvallisuuden vaarantumisesta, tulisi vähintäänkin täsmentää, mitä tekijöitä asiakas- ja potilasturvallisuuden arvioinnissa on otettava huomioon.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Ministeriö toteaa, että asiakas- ja potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategian tavoitteena on ohjata suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhtenäiseen turvallisuuskulttuuriin ja edistää sen toteutumista. Valtioneuvoston periaatepäätöksenä hyväksyttiin uusi potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia vuosille 2017-2021. Strategian toimeenpanosuunnitelma julkaistiin tammikuussa 2020.

Toimeenpanosuunnitelmassa korostetaan ennakoivan riskienhallinnan, asiakas- ja potilasturvallisuusosaamisen varmistamisen sekä omavalvonnan merkitystä asiakas- ja potilasturvallisuudelle.

Asiakas- ja potilasturvallisuus on sitä, että henkilön saamat hoito, hoiva ja palvelut edistävät hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan ja näistä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Asiakas- ja potilasturvallisuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien henkilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja. Tarkoituksena on varmistaa hoidon, hoivan ja palvelujen turvallisuus sekä suojata asiakkaita tai potilaita vahingoittumasta. Potilas- ja asiakasturvallisuus kattaa ehkäisevät, hoitavat ja korjaavat sekä kuntouttavat sosiaali- ja terveyspalvelut. Potilas- ja asiakasturvallisuuteen kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon osaava henkilökunta, tilojen, laitteiden, tarvikkeiden ja lääkkeiden tarpeenmukaisuus ja oikea käyttö

sekä se, että sosiaali- ja terveydenhuollon dokumentointi ja tiedonkulku on turvattua. Tyhjentävän tarkemman kriteeristön määrittely olisi tähän nähden lain tasolla mahdotonta, ja arviointi on keskeinen osa valvovan viranomaisen ammattitaitoa sekä tapauskohtaisen harkinnan käyttöä.

49 § Valvontaviranomaisen tiedonsaantioikeus

ESAVI ja Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto esittävät säännöstä muutettavaksi niin, että välttämättömien tietojen sijaan valvontaviranomaisella olisi oikeus saada tarpeelliset tiedot. Aluehallintovirastot toteavat, että on tarpeen selventää valvontaviranomaisten oikeutta saada tietoja palveluntuottajien alihankkijoilta, jotka eivät ole sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuottajien rekisterissä.

Aluehallintovirasto toteaa selvyyden vuoksi, ettei valvontaviranomainen lähtökohtaisesti tarvitse tietoja luovutetuista, vaan määrätyistä lääkkeistä terveydenhuollon ammattihenkilön lääkkeenmääräämiskäytäntöjen valvomiseksi. Sote-järjestämislaissa olisi syytä nykysääntelyä vastaavin tavoin (esim. kansanterveyslain (66/1972) 44 §:n 4 mom. ja erikoissairaanhoitolain (1062/1989) 58 §) säätää valvottaville velvollisuus valvontaviranomaisten pyytämien tarpeellisten tietojen ja selvitysten antamiseen. 49 §:n 2 momentissa säädetään 1 momentissa tarkoitettujen tahojen oikeudesta ilmoittaa valvontaviranomaiselle ilman pyyntöäkin seikasta, joka voi vaarantaa asiakas- tai potilasturvallisuutta. Myös tähän momenttiin olisi selkeyden vuoksi syytä lisätä ilmaus salassapitosäännösten estämättä.

Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto esittää lakiin lisättäväksi aiemman kaltaisesti myös valvonnan kohteelle velvollisuuden tarpeellisten tietojen antamiseen, esimerkiksi seuraavasti: ”Hyvinvointialue ja yksityinen palveluntuottaja sekä mahdollinen alihankkija on velvollinen maksutta ja salassapitosäännösten estämättä antamaan tämän lain, terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain mukaisesta toiminnastaan valvontaviranomaiselle ohjaus- ja valvontatehtävän toteuttamiseksi valvontaviranomaisen tarpeelliseksi katsomat tiedot ja selvitykset.”

Valvira toteaa, ilman terveydenhuollon tai sosiaalihuollon lupaa toimivat, puhtaasti henkilökuntaa välittävät yritykset eivät ole velvollisia toimittamaan valvontaviranomaisille tietoja tai selvityksiä samalla tavalla kuin muiden toimijoiden osalta on ehdotettu säädettäväksi. Toisaalta näillä yrityksillä ei ole myöskään oikeutta ilmoittaa salassapitosäännöksien estämättä ehdotetussa 2 momentissa mainituista seikoista. Valvirassa on havaittu tarve saada myös näiltä toimijoilta tietoa tehtäviensä hoitamiseksi. Valvira toteaa myös, että säännöstä olisi välttämätöntä täydentää seuraavanlaisella momentilla: Edellä 1 ja 2 momentissa tarkoitetut tiedot ja selvitykset voidaan luovuttaa valvontaviranomaisen pyynnöstä myös teknisen käyttöyhteyden avulla. Ennen teknisen käyttöyhteyden avaamista on varmistuttava tietojen asianmukaisesta suojaamisesta.

FIMEA toteaa, että valvontaviranomaisten tiedonsaantioikeutta koskevassa 49 §:ssä Fimeaa ei mainita. Fimea pitää tärkeänä, että sille taataan riittävät tiedonsaantioikeudet kaikkien sen lakisääteisten tehtävien toteuttamiseen. Jos Fimean tiedonsaantioikeudesta ei säädetä sote-järjestämislaissa, tulisi lakia lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta muuttaa siten, että laissa turvataan Fimean oikeus saada sote-toimijoilta lakisääteisten tehtäviensä toteuttamiseksi tarvittavat tiedot salassapitosäännösten estämättä.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies toteaa lausunnossaan järjestämislain 49 §:n 2 momentin osalta, että tarkkarajaisuuden vuoksi säännöstä tulisi täydentää siten, että siihen lisätään maininta mahdollisuudesta ilmoittaa säännöksessä tarkoitetusta seikoista salassapitosäännösten estämättä.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Ministeriö toteaa 1 momentin osalta, että siinä on syytä pitää sanat välttämättömät tiedot. Asian merkitystä on käsitelty säännöksen yksityiskohtaisissa perusteluissa. Valvonnassa käytetään myös arkaluontoisia henkilötietoja, ja arvioinnissa on punnittava yksittäisten henkilöiden yksityisyyden ja henkilötietojen suojaa suhteessa valvontaviranomaisen tehtäviin liittyviin tiedontarpeisiin, joilla voi valvonnan kautta olla vaikutusta yleisesti asiakkaiden ja potilaiden asemaan ja oikeuksiin. Tietoja ei yksityisyyden suojan vuoksi voisi pyytää eikä antaa kevein perustein. Tämä vastaa myös 46 §:n 2 momentissa tarkastuksen yhteydessä esitettäviä asiakirjoja, jotka ovat välttämättömiä tarkastuksen toimittamiseksi. Ministeriö myös toteaa, että 49 §:n 1 momentissa valvontaviranomaisen oikeus saada maksutta ja salassapitosäännösten estämättä välttämättömiä tietoja valvontatehtäviensä suorittamiseksi muodostaa momentissa mainituille tahoille velvollisuuden antaa pyydetyt välttämättömät tiedot.

Ministeriön mielestä Fimean tiedonsaantioikeudesta tulisi säätää lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta annetussa laissa.

Ministeriö ehdottaa 49 §:n 2 momenttia muutettavaksi ja lisättäväksi uuden 3 momentin, seuraavasti (*kursivoitu):*

Edellä 1 momentissa tarkoitetuilla tahoilla on oikeus ilman valvontaviranomaisen pyyntöäkin *salassapitosäännösten estämättä* ilmoittaa sille seikasta, joka voi vaarantaa asiakas- tai potilasturvallisuutta tai 14 §:ssä yksityiselle palveluntuottajalle säädettyjen vaatimusten toteutumista.

Edellä 1 ja 2 momentissa tarkoitetut tiedot ja selvitykset voidaan luovuttaa valvontaviranomaisen pyynnöstä myös teknisen rajapinnan avulla. Ennen teknisen rajapinnan avaamista on varmistuttava tietojen asianmukaisesta suojaamisesta.

Valmius ja varautuminen (7 luku)

Etelä-Suomen aluehallintovirasto toteaa, että sote-järjestämislain 50 §:n mukaista varautumisvelvoitetta tulisi kuitenkin laajentaa yksityisten palveluntuottajien osalta esimerkiksi hyvinvointialueen ja palveluntuottajan välisin sopimuksellisin keinoin. Sopimuksissa tulisi olla selkeät ja yksityiskohtaiset kirjaukset siitä, miten varautumisvelvoitetta toteutetaan ja sen toteuttamista on syytä valvoa.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että aluehallintoviraston esittämä laajennus sisältyy jo esitykseen: Sote-järjestämislain 50 §:n 2 momentin mukaan hyvinvointialueen olisi varautumisessaan varmistettava palvelujen jatkuvuuden turvaaminen myös silloin, kun palveluja toteutetaan hankkimalla niitä yksityisiltä palveluntuottajilta. Lakiehdotuksen 15 §:n mukaan hyvinvointialueen olisi otettava tämä huomioon myös hankittavien palvelujen sopimusehdoissa.

Etelä-Suomen aluehallintovirasto toteaa, että sote-järjestämislain 51 §:ään tulisi lisätä kohta, jonka mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän tulee jakaa tilannekuvatieto myös aluehallintovirastoille. *Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto* toteaa sote-järjestämislain 51 §:n osalta, että olisi syytä harkita valmiuskeskuksen tehtäväksi oma-aloitteisesti jakaa tilannekuvatiedot myös erva-alueensa sairaanhoitopiirien alueella toimivaltaiselle valvontaviranomaiselle.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että esityksessä sote-järjestämislain 50 ja 51 §:ään esitetään sisällytettäväksi samanlainen sosiaali- ja terveydenhuollon valmiusrakenne kuin voimassa olevassa terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa 1.3.2021 alkaen on ollut. Terveydenhuoltolain 42 a §:n 1 momentin 4 kohdan mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri jakaa erityisvastuualueellaan tilannekuvatiedon myös aluehallintovirastolle. Koska aluehallintovirastojen tehtäviä ei nyt kyseessä olevalla esityksellä muutettaisi, olisi niiden vastaisuudessakin tarpeen saada tilannekuvatieto valmiuskeskuksilta. Näin ollen *sosiaali- ja terveysministeriö* katsoo perustelluksi täydentää sote-järjestämislain 51 §:n 2 momentin 3 kohtaa tältä osin. *Sosiaali- ja terveysministeriö* katsoo samalla perustelluksi täydentää pykälän 2 momentin 3 ja 4 kohtaa sekä 5 momenttia siten, että niiden mukainen valmiuskeskuksen velvollisuus jakaa yhteistyöalueen tilannekuva muille yhteistyöalueen hyvinvointialueille, aluehallintovirastoille, muille valmiuskeskuksille ja sosiaali- ja terveysministeriölle koskisi myös pykälän 2 momentin 1 kohdassa tarkoitettuja tilannekuvatietoja. Myös pykälän 4 momentin sanamuotoa olisi perusteltua täsmentää siten, että sen mukaisissa tiedonsaantioikeuksissa huomioitaisiin pykälän 3 momentin säännös, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriö voisi määrätä yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän keskinäisestä työnjaosta koskien valmiuskeskusten tehtäviä. Näin täydennettynä sote-järjestämislain 51 § vastaisi näiltäkin osin sisällöllisesti 1.3.2021 voimaantullutta terveydenhuoltolain 42 a §:ää (1 mom. 4 k ja 3 mom.).

Sote-järjestämislain 1 §:n 4 momentin soveltamisalasäännöksen perusteella muun muassa lain 50 - 52 §:ssä hyvinvointialueesta säädettyä sovellettaisiin myös HUS-yhtymään siltä osin kuin se järjestää Uusimaa-lain mukaisesti terveydenhuoltoa. Uusimaa-lain 5 §:n 2 momentin 5 kohdan mukaan HUS-yhtymän järjestämisvastuulle kuuluisivat sote-järjestämislain 50 ja 51 §:ssä tarkoitettu varautuminen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksen tehtävät. *Sosiaali- ja terveysministeriö* katsoo kuitenkin, että sote-järjestämislain 51 §:n 5 momentin osalta on mahdollista, että lainsoveltajalle jäisi epäselväksi, miten sitä on tarkoitettu sovellettavaksi HUS-yhtymään. Näin ollen *sosiaali- ja terveysministeriö* esittää sen sanamuodon selkeyttämistä tältä osin.

Sosiaali- ja terveysministeriö on aiemmin hallintovaliokunnalle antamassaan vastineessa tietosuojavaltuutetun hallintovaliokunnalle antaman asiantuntijalausunnon perusteella todennut, että sote-järjestämislakiehdotuksen 51 §:n 1 momentin tarkoituksena ei ollut, että yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella tai HUS-yhtymällä olisi oikeus saada henkilötietoja kyseisen pykälän perusteella. Ministeriö on esittänyt mainitussa vastineessa tätä koskevan maininnan lisäämistä 51 §:n 1 momenttiin.

Sosiaali- ja terveysministeriön esitys sote-järjestämislain 51 §:n täsmennetyksi sanamuodoksi (lisäys kursivoitu):

51 §

Varautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueellaan ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua valtakunnallisten yhtenäisten periaatteiden mukaisesti. Tätä tehtävää varten niillä on oikeus saada salassapitosäännösten estämättä yhteistyöalueensa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoilta valmiussuunnittelun ohjaamisessa välttämättömät tiedot. *Luovutettavat tiedot eivät saa sisältää henkilötietoja.*

Yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella ja HUS-yhtymässä tulee yhteistyöalueen tilannekuvan luomista ja ylläpitämistä varten olla sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksen tehtävänä on yhteistyöalueellaan:

1) koota ja analysoida tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteista ja niiden uhkista;

2) muodostaa ja ylläpitää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän valmiutta kuvaavaa tilannekuvaa, joka sisältää tiedot palvelujärjestelmän toiminnasta ja kuormituksesta, henkilöstö- ja materiaaliresursseista ja tukipalveluiden toiminnasta;

3) jakaa salassapitosäännösten estämättä ~~tiedot~~ yhteistyöalueensa hyvinvointialueille *sekä aluehallintovirastoille* niiden tehtävien hoitamista varten *1 ja* 2 kohdassa *tarkoitetut tilannekuvatiedot* ~~tarkoitetusta tilannekuvasta~~;

4) jakaa salassapitosäännösten estämättä ~~tiedot~~ muille sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksille ja sosiaali- ja terveysministeriölle *1 ja* 2 kohdassa ~~tarkoitetusta~~ *tarkoitetut tilannekuvatiedot* ~~tilannekuvasta~~ valtakunnallisen tilannekuvan luomiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi määrätä yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän keskinäisestä työnjaosta koskien valmiuskeskusten tehtäviä.

Valmiuskeskuksella on oikeus saada salassapitosäännösten estämättä yhteistyöalueensa hyvinvointialueilta tehtäviensä hoitamiseksi välttämättömät palvelujärjestelmän toimintaa ja kuormitusta, henkilöstö- ja materiaaliresursseja ja tukipalveluiden toimintaa kuvaavat tiedot. *Jos sosiaali- ja terveysministeriö on määrännyt 3 momentissa tarkoitetusta työnjaosta, oikeus saada tiedot on kuitenkin sillä valmiuskeskuksella, jolle sosiaali- ja terveysministeriö on tehtävän määrännyt.* Luovutettavat tiedot eivät saa sisältää henkilötietoja.

Sosiaali- ja terveysministeriö muodostaa yhteistyössä valmiuskeskusten kanssa valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvan. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on oikeus saada valmiuskeskukselta 2 momentin *1 ja* 2 kohdassa tarkoitetut *tilannekuva*tiedot ~~tilannekuvasta~~ salassapitosäännösten estämättä sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaamiseksi normaaliolojen häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa. Luovutettavat tiedot eivät saa sisältää henkilötietoja.

> Kahta tai useampaa hyvinvointialuetta *taikka HUS-yhtymää ja yhtä tai useampaa hyvinvointialuetta* koskevassa häiriötilanteessa sosiaali- ja terveysministeriö voi määrätä yhden kyseisistä hyvinvointialueista *tai HUS-yhtymän häiriötilanteen koskiessa sitä* johtamaan ja koordinoimaan tilannetta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Erityisen merkittävissä häiriötilanteissa sosiaali- ja terveysministeriö voi ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon johto- ja koordinaatiovastuun itselleen.

Etelä-Suomen aluehallintovirasto sekä *Länsi- ja Sisä-Suomen aluehallintovirasto* toteavat, että olisi lisäksi tarpeen säätää hyvinvointialueille velvollisuus kerätä alueensa yksityisiltä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajilta tilannekuvatiedot ja jakaa ne valmiuskeskukselle ja aluehallintovirastolle.

> *Sosiaali- ja terveysministeriö* toteaa, että kuten edellä on todettu, sote-järjestämislain 50 ja 51 §:ään esitetään sisällytettäväksi samanlainen sosiaali- ja terveydenhuollon valmiusrakenne kuin voimassa olevassa lainsäädännössä 1.3.2021 alkaen on ollut. Täten hyvinvointialueiden tehtäviä valmiudessa ja varautumisessa ei esitetä laajennettavaksi suhteessa kuntien ja sairaanhoitopiirien nykyisiin sosiaali- ja terveydenhuollon valmistumisen ja varautumisen tehtäviin. Toisaalta myöskään yksityisille toimijoille ei esityksellä esitetä säädettäväksi tätä koskevia uusia velvoitteita. Hyvinvointialueen sote-järjestämislain 51 §:n 4 momentin mukainen velvollisuus tuottaa valmiuskeskukselle tilannekuvatietoja saattaisi kuitenkin edellyttää, että hyvinvointialue keräisi tietoja myös sen ostopalveluntuottajilta. Hyvinvointialueella olisi lähtökohtaisesti tarvittavat tiedot käytettävissään jo sote-järjestämislain 29 §:n 1 ja 3 momentin perusteella. Siltä osin kuin tarpeellista tiedonsaantioikeutta ei tällä perusteella olisi, hyvinvointialueen tulisi huolehtia riittävistä tiedonsaantioikeuksista sopimuksellisin järjestelyin.

*Vaasan kaupunk*i toteaa, että kaikissa maakunnissa tulee olla sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskus ja itsenäiset valmiudet tilannekuvan ylläpitämiseen, ei ainoastaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävissä maakunnissa. Paikallisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhteistyö alueensa kuntiin varmistaa parhaiten varautumisen edellytykset, ohjauksen ja tarkoituksenmukaisen tiedonkeruun tilannekuvan osalta. Vastuun siirtyminen kauemmas peruskunnista vie käytännön toimijat etäämmälle toisistaan. Esimerkiksi Covid19 - pandemia osoittaa, että keväällä 2020 kerätty tilannekuva ei riittävästi huomioinut alueellisia erityispiirteitä, millä oli merkitystä mm. johtamistoiminnan kannalta.

> *Sosiaali- ja terveysministeriön* vastaus:
>
> Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat merkittävät häiriötilanteet ovat usein kuntien ja hyvinvointialueiden rajat ylittäviä. Yksittäisellä hyvinvointialueella ei pääsääntöisesti ole riittäviä resursseja niiden hoitamiseksi. Sen vuoksi valmiuden ja varautumisen yhteistyö ja yhteensovittaminen yhteistyöalueella ja valtakunnallisesti yhteistyöalueiden kesken olisi välttämätöntä. Vaikka jokainen hyvinvointialue muodostaisi osaltaan alueellisen ja paikallisen tilannekuvan, yhteistyöalueella tehtävä tietojen kokoaminen ja analysointi parantaisi huomattavasti mahdollisuuksia varhaiseen häiriöiden havaitsemiseen, kun havaintoja voitaisiin yhdistellä. Valmiuskeskuksella olisi sote-järjestämislain 51 §:n 2 momentin 3 kohdan mukaan velvollisuus jakaa tiedot muodostamastaan yhteistyöalueen tilannekuvasta kaikille yhteistyöalueen hyvinvointialueille.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri katsoo, että yliopistollisen sairaalan/yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen rooli jää epäselväksi sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden ja varautumisen osalta.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että ehdotettavan sote-järjestämislain 51 §:ssä säädettäisiin yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen erityisvastuista sosiaali- ja terveydenhuollon valmiudessa ja varautumisessa. Säännösehdotuksen mukaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen ja HUS-yhtymän tehtävänä olisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueellaan ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelua valtakunnallisten yhtenäisten periaatteiden mukaisesti. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävällä hyvinvointialueella ja HUS-yhtymässä tulisi yhteistyöalueen tilannekuvan luomista ja ylläpitämistä varten olla sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksen tehtävänä olisi yhteistyöalueellaan: 1) koota ja analysoida tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon häiriötilanteista ja niiden uhkista; 2) muodostaa ja ylläpitää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän valmiutta kuvaavaa tilannekuvaa, joka sisältää tiedot palvelujärjestelmän toiminnasta ja kuormituksesta, henkilöstö- ja materiaaliresursseista ja tukipalveluiden toiminnasta; 3) jakaa salassapitosäännösten estämättä tiedot yhteistyöalueensa hyvinvointialueille niiden tehtävien hoitamista varten 2 kohdassa tarkoitetusta tilannekuvasta; sekä 4) jakaa salassapitosäännösten estämättä tiedot muille sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuskeskuksille ja sosiaali- ja terveysministeriölle 2 kohdassa tarkoitetusta tilannekuvasta valtakunnallisen tilannekuvan luomiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö voisi määrätä yliopistollista sairaalaa ylläpitävien hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän keskinäisestä työnjaosta koskien valmiuskeskusten tehtäviä. Sosiaali- ja terveysministeriö muodostaisi yhteistyössä valmiuskeskusten kanssa valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuvan. Yliopistollista sairaala ylläpitävän hyvinvointialueen vastuut vastaisivat perusratkaisuiltaan äskettäin voimaantulleita terveydenhuoltolain (135/2021) ja sosiaalihuoltolain muutoksia (136/2021), mutta järjestämisvastuun siirtyminen hyvinvointialueille mahdollistaisi paremmin sosiaali- ja terveydenhuollon integraation ja siten valtakunnallisesti yhtenäisin periaattein tapahtuvan valmiussuunnittelun ja tilannekuvan keräämisen. *Sosiaali- ja terveysministeriö* katsoo, että yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen vastuut ovat sosiaali- ja terveydenhuollon varautumisen ja valmiuden osalta riittävän selvästi määritelty.

Professori Stenvall toteaa seuraavaa: ”En varsinaisesti ota kantaa linjausten tarkoituksenmukaisuuteen (koska monet kirjatut asiat ovat sinällään hyviä) vaan kyseenalaistan sen, miksi sote-uudistuksen ja pelastustoimen uudistuksen yhteydessä on tarkoituksenmukaista määritellä näin pitkälle menevästi varautumista ja kriisihallintaa. Koska varsinaisesti vaativan erikoissairaanhoidon toimintaa ja yo-sairaaloiden roolia ja asemaa ei uudistuksessa kehitetä, on linjasta poikkeavaa, että niille annettaan ehdotuksessa asema kriisi- ja poikkeusolosuhteissa ja varautumisessa.” Professori ehdottaa, että lakiin kirjoitettaisiin ainoastaan varautumisen perusteet nykyistä väljemmin kuitenkin niin, että velvollisuus varautumiseen, kriisihallintaan sekä niihin liittyvään yhteistyöhön on olemassa hyvinvointialueilla soten ja pelastustoimen osalta.

Kela (Turunen) puolestaan toteaa, esityksessä tulisi huomioida tarpeelliset poikkeusolojen reagointimekanismit ja prosessit koskien sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa että sosiaaliturva-

järjestelmää kokonaisuudessaan. Kriisitilanteiden osalta lainsäädännön tulisi tukea hyvin nopeaa, hallittua toimintaa ja taata sote-palvelujen toimintavarmuus sekä asiakkaiden talouden epävarmuuden poistavien sosiaaliturvaetuuksien sujuva ja saumaton toimeenpano. Varautumismekanismit puuttuvat esityksenä olevasta lainsäädännöstä.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Kuten edellä on todettu, sote-järjestämislain 50 ja 51 §:ään esitetään sisällytettäväksi samanlainen sosiaali- ja terveydenhuollon valmiusrakenne kuin voimassa olevassa lainsäädännössä 1.3.2021 alkaen on ollut. Kun sääntely kuitenkin koskisi rakenteita ja yhtä lailla sekä sosiaali- että terveydenhuoltoa, sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että säännökset olisi jatkossa tarkoituksenmukaisempaa olla sote-järjestämislaissa kuin erikseen terveydenhuoltolaissa ja sosiaalihuoltolaissa.

Hyvinvointialueet olisivat velvollisia turvaaman häiriöttömän sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen myös poikkeusoloissa ja häiriötilanteissa. Sote-järjestämislaissa säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yleisistä velvollisuuksista poikkeusoloihin ja häiriötilanteisiin varautumisessa. Poikkeusolojen ja häiriötilanteiden hoidon osalta säädettäisiin että, että kahta tai useampaa hyvinvointialuetta koskevassa häiriötilanteessa sosiaali- ja terveysministeriö voi määrätä yhden kyseisistä hyvinvointialueista johtamaan ja koordinoimaan tilannetta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi säädettäisiin, että erityisen merkittävissä häiriötilanteissa sosiaali- ja terveysministeriö voi ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon johto- ja koordinaatiovastuun itselleen. *Sosiaali- ja terveysministeriö* toteaa, ettei esimerkiksi poikkeusolojen tarkemmista reagointimekanismeista ja prosesseista taikka sosiaaliturvaetuuksien poikkeusolojen toimeenpanosta säätäminen ole eikä sen olisi tarkoituksenmukaista olla nyt kyseessä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen piirissä.

HUS (Heikkilä) toteaa, että esitys tarjoaa hyvän lähtökohdan poikkeusolojen johtamiselle. Järjestämislaissa tulee säätää hyvinvointialueiden raportointivelvoitteesta valmiuskeskukselle tilannekuvan aukottomuuden varmistamiseksi tietyllä raportointisyklillä ja tiettyjä raportointiväyliä käyttäen.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sote-järjestämislain 51 §:n 4 momentin mukaan valmiuskeskuksella olisi oikeus saada salassapitosäännösten estämättä yhteistyöalueensa hyvinvointialueilta tehtäviensä hoitamiseksi välttämättömät palvelujärjestelmän toimintaa ja kuormitusta, henkilöstö- ja materiaaliresursseja ja tukipalveluiden toimintaa kuvaavat tiedot. Tämä velvoittaisi hyvinvointialueita toimittamaan mainitut tiedot sellaisella raportointisyklillä ja sellaisia raportointiväyliä käyttäen, jota valmiuskeskusten tehtävien hoitaminen edellyttäisi. Hyvinvointialueiden tulisi sote-järjestämislain 36 §:n 3 momentin 10 kohdan perusteella sopia asiasta tarkemmin yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa. Näin ollen *sosiaali- ja terveysministeri*ö ei katso tarpeelliseksi muuttaa sote-järjestämislain sääntelyä tältä osin.

Etelä-Suomen aluehallintovirasto toteaa sote-järjestämislain 52 §:n osalta, että on tärkeää, että sääntelyllä pystytään varmistamaan valtion tuki paitsi poikkeuksellisten häiriötilanteiden akuutissa hoidossa myös sen jälkihoidossa. Tältä osin sääntelyä olisi tarpeen täsmentää. *Länsi- ja Sisä-Suomen* aluehallintovirasto toteaa sote-järjestämislain 52 §:n osalta, että alue-

hallintovirasto katsoo, ettei esitetyllä säädöksellä pystytä poistamaan poikkeuksellisten häiriötilanteiden jälkihoitoa nykyisin leimaavaa projektimaisuutta ja valtion tuen saannin epävarmuutta. Erityisesti tämä projektimaisuus näkyy psykososiaalisen tuen osalta. Säädöstä tulisi tarkentaa siten, että valtion rahoituksen saaminen voitaisiin taata sekä äkillisen poikkeuksellisen tilanteen akuuttiin hoitamiseen että tilanteen jälkihoitoon.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sote-järjestämislain 52 §:n 2 momentin mukaan valtio voisi osallistua poikkeuksellisten häiriötilanteiden hoitamiseen rahoittamalla sellaista toimintaa, jonka korvaaminen valtion varoista on erityisestä syystä tarkoituksenmukaista eivätkä hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän voimavarat riitä tilanteen hoitamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että ”häiriötilanteiden hoitaminen” kattaa häiriötilanteen hoitamisen kokonaisuudessaan eli sekä akuutti- että jälkihoidon.

Hyvinvointialueelle kuuluisi järjestämis- ja kustannusvastuu sosiaali- ja terveydenhuollosta myös äkillisissä ja yllättävissä tilanteissa. Pykälän säännöskohtaisten perustelujen mukaan kyseessä tulisi olla poikkeuksellinen tilanne, kuten esimerkiksi suuronnettomuus, josta aiheutuisi hyvinvointialueelle kohtuuttomia kustannuksia. Pitkälti vastaavan sisältöinen säännös on nykyisin terveydenhuollon kustannuksiin liittyen terveydenhuoltolain 38 §:n 2 momentissa. Sen esitöissä on mainittu esimerkkeinä poikkeuksellisesta tilanteesta Kaakkois-Aasian luonnonkatastrofi, Malagan bussionnettomuus sekä eräät kouluissa ja oppilaitoksissa tapahtuneet väkivallanteot. *Sosiaali- ja terveysministeriö* ei katso tarpeelliseksi muuttaa sote-järjestämislain 52 §:ää.

Hyvinvointialueiden väliset kustannusten korvaukset (57 §)

Sote-muutosjohtaja Herralan (Pirkanmaan liitto) lausunnon mukaan lainsäädäntöön tulee saada tiukempi velvoite laskutuksen perusteista ainakin erikoissairaanhoidossa siten, että laskussa tulee ilmoittaa ja kuvata välisuoritetasoisesti laskutuksen perusteet ja hinnat (omakustannusperiaate).

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

*S*ote-järjestämislain 57 §:n 1 momentin mukaan, jos hyvinvointialue antaa lakiin tai 36 §:ssä tarkoitettuun hyvinvointialueiden yhteistyösopimukseen perustuen sosiaali- tai terveyspalveluja toisen hyvinvointialueen asukkaalle, on sen hyvinvointialueen, jonka asukas henkilö on, korvattava ilman aiheetonta viivytystä palvelun antamisesta aiheutuneet kustannukset, jollei kustannusten korvaamisesta muualla toisin säädetä tai jolleivät hyvinvointialueet toisin sovi. Kustannuksilla tarkoitetaan toteutuneita kuluja, jotka ovat aiheutuneet palvelun antamisesta ja joista on vähennetty palvelusta kertyneet toimintatulot. Pykälän 3 momentin mukaan palvelujen korvausperusteista sekä kustannusten laskutuksesta ja maksamisesta voidaan säätää tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että esimerkiksi sote-muutosjohtaja Herralan esiin nostamat asiat ovat sellaisia, joista voitaisiin säätää mainitulla asetuksella, eikä pykälää olisi siten tarpeen muuttaa.

Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta

Ympäristöterveydenhuolto

Hallintovaliokunta on lausunnossaan (HaVL 12/2021) pitänyt perusteltuna, että niille alueille, joilla ympäristöterveydenhuollon järjestämisvastuu on siirretty sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavan kuntayhtymän järjestettäväksi koko alueella, mahdollistettaisiin oikeus jatkaa tehtävän hoitamista integroituna osana sosiaali- terveydenhuollon palveluja. Tämä olisi valiokunnan käsityksen mukaan toteutettavissa siten, että siirrosta sovittaisiin, se koskisi koko aluetta ja kunnat osoittaisivat siihen täysimääräisen rahoituksen. Hallintovaliokunta esittää sosiaali- ja terveysvaliokunnalle tämän mahdollistamista esimerkiksi lakiin otettavalla siirtymäsäännöksellä.

Lääkäriliitto on esittänyt, että ympäristöterveydenhuolto tulisi siirtää hyvinvointialueelle sen väestöpohjankin ja yhteistoimintavelvoitteiden vuoksi.

Siun sote on viitannut aluehallinnon ja monialaisten maakuntien parlamentaarisen työryhmän selvitykseen, jossa on esitetty ympäristöterveydenhuollon siirtämistä hyvinvointialueille vuoden 2026 alusta lukien. Siun Sote on esittänyt, että lakiesitystä muutettaisiin siten, että hyvinvointialue voi heti toimintansa alusta lähtien ottaa hoidettavakseen myös ympäristöterveydenhuollon tehtävät, jos alueen kunnat ovat asiasta yksimielisiä ja sitoutuvat rahoittamaan erillisellä rahoituksella ympäristöterveydenhuollon palvelut. Siun Sote on esittänyt, että muussa tapauksessa esitys johtaa joidenkin hyvinvointialueiden osalta siihen, että kuntien lakisääteisiin tehtäviin kuuluva ympäristöterveydenhuolto joudutaan eriyttämään sote- kokonaisuudesta, johon se nyt kuuluu.

Päijat-Hameen hyvinvointikuntayhtymä katsoo, että ympäristöterveydenhuollon kokonaisuuden tulisi kuulua hyvinvointialueen lakisaateisiin perustehtäviin.

Suuret kaupungin ja erityisesti Uudenmaan maakunnan kunnat ovat katsoneet, ettei hyvinvointialueille tule siirtää mitään muita tehtäviä.

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö yhtyy hallintovaliokunnan lausunnossa esittämään ja esittää, että voimaanpanolaissa mahdollistettaisiin ympäristöterveydenhuollon tehtävien hoitaminen hyvinvointialueilla, jos kunnat ovat tehneet sopimuksen tehtävän hoitamisesta osana muita integroituja sote-palveluja viimeistään vuoden 2022 lopussa koko hyvinvointialueen alueella ja hyvinvointialue ja kunnat tekevät asiasta sopimuksen siten, että kunnat osoittavat siihen täysimääräisen rahoituksen. Sopimuksen on oltava voimassa vuoden 2028 alkuun saakka. Säännös mahdollistaisi, ettei niiden kuntayhtymien toimintaa tarvitsisi purkaa ympäristöterveydenhuollon osalta, joissa tehtävä on siirretty integroituja palveluja järjestäville kuntayhtymille.

Jotta ympäristöterveydenhuollon siirto voitaisiin ottaa huomioon riittävän ajoissa mm. henkilöstöä ja omaisuutta koskevissa selvityksissä, pykälässä säädettäisiin myös siirtoa koskevien päätöksien ja sopimuksien määräajoista. Säännöksen perusteella hyvinvointialueen kuntien tulisi päättää viimeistään 31 päivänä joulukuuta 2021 siirtää hyvinvointialueeseen kuuluvien

kaikkien kuntien osalta ympäristöterveydenhuollon erikoissairaanhoitopiirille siten, että se hoitaisi tehtävää viimeistään 31 päivänä joulukuuta 2022. Lisäksi hyvinvointialueen ja alueen kuntien tulisi tehdä sopimus tehtävän hoitamisesta viimeistään 30.6.2022.

Koska siirron perusteella myös tehtävää hoitavan henkilökunnan ja sen hoitoon liittyvän omaisuuden mm. sopimuksien tulisi siirtyä myös, viitattaisiin näiden osalta, että siirtoon sovellettaisiin voimaanpanolain henkilöstön ja omaisuuden siirtoa koskevia säännöksiä.

Muutosesitys mahdollistaisi ympäristöterveydenhuollon tehtävien hoitamisen osana sote-kokonaisuutta ainakin Kainuussa ja Pohjois-Karjalassa, kuten ne ovat toivoneet. Se mahdollistaisi kuitenkin muillekin alueille tehtävän hoidon, jos tehtävä siirrettäisiin koko alueen osalta sairaanhoitopiirille.

Koska valtiovarainministeriö on aiemmassa vastineessaan esittänyt, että voimaanpanolain 65 § ei tulisi säätää, sosiaali- ja terveysministeriö esittää, että asiasta säädettäisiin kyseisessä pykälässä seuraavasti:

65 §

Ympäristöterveydenhuollon tehtävien siirtäminen hyvinvointialueille eräissä tapauksissa

Sen estämättä, mitä tämän lain 20 §:n 3 momentissa, hyvinvointialueesta annetun lain 8 §:ssä ja ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annetussa laissa (410/2009) säädetään, hyvinvointialue voi ottaa hoitaakseen alueensa kunnilta ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueista annetun lain 1 §:ssä tarkoitetut ympäristöterveydenhuollon tehtävät. Edellytyksenä tehtävien hoitamiselle on, että:

1) hyvinvointialueen kunnat ovat päättäneet viimeistään 31 päivänä joulukuuta 2021 siirtää hyvinvointialueeseen kuuluvien kaikkien kuntien osalta ympäristöterveydenhuollon tehtävät 20 §:ssä tarkoitetulle kuntayhtymälle siten, että kuntayhtymä hoitaa tehtävää viimeistään 31 päivänä joulukuuta 2022,
2) hyvinvointialue ja kaikki alueen kunnat sopivat ympäristöterveydenhuollon tehtävien hoitamisesta 4 §:ssä säädetystä ajankohdasta lukien; ja
3) alueen kunnat osoittavat hyvinvointialueelle ympäristöterveydenhuollon tehtävien järjestämisen edellyttämän täysimääräisen rahoituksen.

Edellä 1 momentissa tarkoitettu sopimus ympäristöterveydenhuollon tehtävien hoitamisesta on tehtävä 30 päivänä kesäkuuta 2022 mennessä ja se on voimassa 31 päivään joulukuuta 2027 asti. Sopimuksen tulee sisältää määräykset menettelystä sopimuksen päättyessä.

Jos hyvinvointialue ja alueen kunnat ovat tehneet 1 momentissa tarkoitetun sopimuksen ympäristöterveydenhuollon tehtävien siirtymiseen sovelletaan, mitä 20 §:ssä säädetään kuntayhtymän siirtymisestä hyvinvointialueille.

Hyvinvointialue noudattaa ympäristöterveydenhuollon tehtävien järjestämisessä soveltuvin osin, mitä terveydenhuoltolain (1326/2010) 21 §:n 2 momentissa luetelluissa laeissa sekä ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta annetussa laissa säädetään.

Esityksen vaikutusarvioinnit

Hallintotieteiden professori Jari Stenvall pitää todennäköisenä, sote-uudistus tulee pitkällä aikavälillä aiheuttamaan pienten ja haja-asutusalueilla olevien kuntien näivettymistä. Aikaisemmat uudistukset ovat professori Stenvallin mukaan osoittaneet, että palveluilla ja henkilöstöllä on taipumusta keskittyä keskuksiin. Vaikea taloudellinen tilanne tulee vauhdittamaan tätä, koska tehokkaimmin palveluita on järjestävissä keskittämällä niitä keskuksiin. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen johtava asiantuntija Hanne Kalmari* on lausunut, että riskinä on paikallistuntemuksen häviäminen, palveluverkon harveneminen ja palveluiden heikkeneminen etenkin kauempana väestökeskittymistä. *Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus Socca* on lausunut, että uudet hallinnolliset puitteet tai isompi aluepohja eivät tuota peruspalvelujen vahvistumista, koska sosiaalipalvelut ovat suurelta osin lähipalveluja.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että asukastiheyden, välimatkojen ja väestökehityksen suurten erojen vuoksi palveluiden hyvän tai tyydyttävän maantieteellisen saavutettavuuden varmistaminen lähtee hyvinvointialueilla hyvin erilaisista lähtökohdista. Aiempien lainsäädäntömuutosten nojalla muodostetuilla yhteistoiminta-alueilla ja kuntaliitoskaupungeissa palveluverkko supistui lähinnä kaupunkien keskustoissa, ei reuna-alueilla. Palvelujen saavutettavuus parantui etenkin pienissä kunnissa. Siten tavoitteena ollut resurssien jakautuminen tasaisemmin koko maantieteelliselle alueelle saavutettiin. Arttu-tutkimuksen perusteella yhteistoiminta-alueilla palvelut eivät ole etääntyneet käyttäjistä. (Meklin, P., Koski, A., Pekola-Sjöblom, M. & Airaksinen, J. (2019) Kuntauudistukset leveämpiä hartioita etsimässä. ARTTU2-tutkimusohjelman loppuraportti. ARTTU2-ohjelman tutkimuksia nro 8. Kuntaliitto, Acta 273.) Kuntaliitoskunnissa ei myöskään ole tapahtunut vahvaa palvelujen keskittämistä, vaan keskittämisen sijasta ja osin sen ohella on toteutettu runsaasti palvelujen hajauttamista. Tämä on toteutettu viemällä erityisosaajien palveluja alueellisiin palvelupisteisiin. Toisaalta vastakkaisiakin havaintoja on esitetty eli palveluverkko on eriytynyt sosiaali- ja terveydenhuoltoalojen työpaikkojen siirtyessä pienistä liitoskunnista suuriin. (Harjunen, O., Saarimaa, T., Tukiainen, J. (2019) Political representation and effects of municipal mergers. VATT Institute for Economic Research, VATT Working Papers 98/2017.)

Kuntaliiton Kuntalaistutkimus 2020:n mukaan kuitenkin tyytyväisyys terveyspalvelujen hoitoon on hyvin suurta ja arviot saatavuudesta/saavutettavuudesta ovat vähintään kohtuullisella tasolla kaikenkokoisissa kunnissa. Parhaat tyytyväisyys- ja saavutettavuusarviot olivat 5 000 –20 000 asukkaan kunnissa asuvilla, heikoimmat arviot yli 100 000 asukkaan kaupungeissa asuvilla. Sosiaalipalveluissa oli tyytyväisyys hoitoon kohtuullisella tasolla ja saavutettavuusarviot vähintään tyydyttävällä tasolla kaikenkokoisissa kunnissa. Parhaat arviot 5 000 –10 000 asukkaan kunnissa asuvilla, heikoimmat arviot yli 100 000 asukkaan kaupungeissa asuvilla. Sekä terveys- että sosiaalipalvelujen saatavuus-/saavutettavuusarvio oli hieman heikompi kunnan reuna-alueella asuvilla. (M. Pekola-Sjöblom, tammikuu 2021; https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Kuntalaiset%20ja%20sote-palvelut%202020.pdf)

Useat lausunnonantajat ovat katsoneet, että esityksellä ei saavuteta sille asetettuja tavoitteita. Esimerkiksi *tutkimusjohtaja Ville-Pekka Sorsa* toteaa, että esitys edistää sille kirjattuja tavoitteita vain välillisesti ja luo ainoastaan edellytyksiä tavoitteiden toteutumiselle. *Diakonissalaitoksen* mukaan esityksellä ei pystytä saavuttamaan sille asetettuja tavoitteita. *Elinkeinoelämän keskusliitto* katsoo, että erityisesti hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista, palvelujen saatavuutta ja kustannusten kasvun hillintää koskevat tavoitteet eivät ole saavutettavissa esityksen mukaisella kokonaisuudella. *Elinkeinoelämän tutkimuslaitos ETLA* on lausunut, että esitys ei sisällä riittävästi sellaisia tuottavuutta ja vaikuttavuutta parantavia elementtejä, jotka mahdollistaisivat yhtäaikaisen palvelujen saatavuuden, laadun parantamisen ja kustannusten kasvun hidastumisen.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että hallituksen esitys sisältää pääasiassa uudistuksen vaatimia rakenteellisia muutoksia. Säästöjen syntyminen 2020-luvun aikana olisi epätodennäköistä, sillä uudistuksen toimeenpanoon sisältyisi merkittäviä muutoskustannuksia. Rahoitusmallin muodostamat kannusteet kustannusten kasvun hillintään toimisivat täysipainoisesti vasta noin vuodesta 2030 lukien. Pitkällä aikavälillä uudistus mahdollistaisi kustannusten kasvun hillinnän, mutta toteutuakseen se

tarvitsee tuekseen muita toimia, päätöksiä, seurantaa ja ohjausta. Järjestämisvastuun mittakaavan kasvu luo aiempaa paremmat mahdollisuudet toimintojen tarkasteluun kokonaisuutena, mutta kustannusten hillintä vaatii myös toimintatapojen muutosta. Väestön ikääntymisen vuoksi kustannusten arvioidaan kasvavan joka tapauksessa, mutta rakenneuudistuksella ja kehittämistoimilla voitaisiin kustannusten kasvuvauhtia hillitä keskipitkällä aikavälillä. Kasvun hillinnän realisoituminen edellyttäisi parhaiden käytäntöjen käyttöönoton lisäksi useita samanaikaisia kehittämistoimenpiteitä. Kun järjestämisvastuussa olevien organisaatioiden määrän vähenee kymmenesosaan nykyisestä, on syntyvillä hyvinvointialueilla nykyisiä kunnallisia järjestäjiä paremmat voimavarat ja asiantuntemus tarvittavien muutosten toteuttamiseksi. Toimintaprosessien parantamisen lisäksi mahdollisuuksia kustannusten kasvun hillintään löytyy aikaisempien kokemusten perusteella lisäksi mm. erilaisten hankintojen keskittämisestä, tukitoiminnoissa, lääkkeissä ja lääkinnällisissä kulutustuotteissa. Toiminnan uudistamista eli palvelujen saatavuuden, sisällön ja laadun kehittämistä tuetaan erikseen Tulevaisuuden sote-keskus –ohjelman rahoituksella, jonka tuloksia ei vielä ole käytettävissä.

Tutkimusjohtaja Ville-Pekka Sorsa on lausunut, että esityksessä ei tarkastella juuri lainkaan moniammatillisesti ja -alaisesti johtamistaitoisen sekä kehittämistyön hallitsevan keski- ja lähijohdon saatavuutta, mikä on uudistuksen tavoitteiden saavuttamisen kannalta yksi ratkaisevista tekijöistä. Tutkimusjohtaja Sorsa nostaa myös esille joitain riskejä liittyen esityksen tavoitteeseen kustannusten kasvun hillinnästä, joihin esityksessä ei ole Sorsan mukaan kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Ensinnäkin Sorsa näkee palvelujen digitalisaation kykyyn alentaa kustannuksia pidemmällä aikavälillä liittyvän huomattavia epävarmuuksia. Digitalisaatioon liittyvien investointien ylläpito ja päivittäminen saattaa johtaa kumuloituviin kustannuksiin, ja toisaalta tehtävät investoinnit saattavat epäonnistua. Toisekseen Sorsa nostaa esiin hankintatoimeen liittyviä riskejä. Järjestämisen mittakaavan myötä mahdollisesti kasvavien hankintojen koko kasvattaa epäonnistuneiden hankintojen rahamääräisiä menetyksiä. Sorsa näkee olevan epävarmaa, kykenevätkö hyvinvointialueet hankkimaan riittävää hankintaosaamista pidemmällä aikavälillä.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että uudistuksen avulla tavoiteltava julkisen talouden menojen kasvun hillintä edellyttäisi kunkin hyvinvointialueen väestön sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelutarpeiden ymmärtämistä ja sen mukaista voimavarojen kustannusvaikuttavaa kohdentamista sekä tehokkaan palvelutuotannon pitkäjänteistä, kyvykästä johtamista. Uudistuksen taloutta koskevien tavoitteiden toteuttaminen edellyttäisi hyvinvointialueiden päätöksentekijöiltä kykyä ja taitoa hyödyntää integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen mahdollisuudet asiakasprosessien parantamiseen sekä toiminnan virtaviivaistamiseen ja tehostamiseen. Järjestämisvastuun mittakaavan kasvu luo aiempaa paremmat mahdollisuudet toimintojen tarkasteluun kokonaisuutena. Uudistuksessa järjestämiseen liittyvää päätöksentekoa ja johtamista keskitettäisiin hyvinvointialueille, mikä voisi parantaa toiminnan taloudellisuutta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit sekä Helsingin yliopistollinen keskussairaala yhdistettiin vuonna 2000 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriksi (HUS). Yhdistämisen myötä päätöksenteko ja johtaminen keskitettiin alueella yhden johdon alaisuuteen. Tällä saavutettiin merkittävää kustannusten kasvun hillintää alueella. HUS:ssa erikoissairaanhoidon menokehitystä saatiin hidastettua aiempaan toimintamalliin ja vertailualueisiin suhteutettuna (trendi) noin 0,4 prosenttiyksikköä vuodessa.

Sosiaaliasiamiehet ry pitää merkittävänä riskinä varsinkin esityksen voimaantullessa sitä, että lapsiperheiden palvelut jakaantuvat hyvinvointialueen ja kuntien kesken. Toimijoiden kesken voi syntyä tietokatkoksia ja palveluiden yhteensovittaminen voi epäonnistua.

> *Sosiaali- ja terveysministeriö* toteaa, että lakiehdotus vaikuttaisi merkittävällä tavalla lasten ja perheiden palvelukokonaisuuteen, kun lasten ja perheiden näkökulmasta keskeisten toimintojen ja palvelujen järjestämisvastuu jakautuisi valtakunnallisesti yhteneväisellä tavalla kahdelle taholle. Ehdotetun mukaan hyvinvointialueiden vastuulla olisi sovittaa yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta kunnan palvelujen kanssa, ja siten palvelujen ohjauksen ja päätöksenteon yhteistyörakenteet muuttuisivat merkittävästi. Jotta hyvinvointialueiden toiminta olisi tasapuolista ja johdonmukaista, niillä olisi tarve luoda yhdenmukainen yhteistyörakenne ja –käytännöt alueensa kuntien kanssa. Vakiintuneet palvelujen yhteistyörakenteet jouduttaisiin käytännössä rakentamaan uudelleen. Toimijoiden ja rakenteiden muuttuessa olisi riskinä, ettei aiemmin toimivaksi todettuja yhteistyörakenteita ja -käytäntöjä kyettäisi riittävästi hyödyntämään. Toisaalta uudistus tarjoaisi mahdollisuuden laajentaa aiemmin kuntatasolla hyvin toimineet käytännöt koko hyvinvointialuetta koskevaksi, jolloin niiden positiiviset vaikutukset hyödyttäisivät lapsia, nuoria ja perheitä aiempaa laajemmalla alueella. On todennäköistä, että hyvinvointialueella olisi suurempana toimijana paremmat edellytykset ratkaista yhteistyötä nykyisin haittaavia tiedonsiirron teknisiä ongelmia, joita liittyy sosiaali-ja terveystoimen ja opetustoimen vakiintuneeseen yhteistyöhön, ja myös kehittää yhteiseen tietopohjaan perustuvia tiedolla johtamisen käytäntöjä. Tästä hyötyisivät erityisesti lapset ja perheet, joilla on useita samanaikaisia terveydellisiä ja muita haasteita. Uudistuvassa palvelurakenteessa valtuustokausittain laadittava lasten ja nuorten hyvinvointikertomus ja –suunnitelma toimisivat esityksessä ehdotetun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 6 ja 7 §:n mukaisesti keskeisenä välineenä lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaamisessa ja johtamisessa kunnan eri toimialojen, hyvinvointialueen ja järjestötoimijoiden yhteisenä toimintana. Järjestämislaki turvaisi näin ollen osaltaan yhteistyön rakentumista eri toimijoiden välille.

Mannerheimin Lastensuojeluliitto ry on huomauttanut, että sote-uudistuksen toimeenpanosta on tehtävä jatkuvaa vaikutusten arviointia, johon sisältyy lapsiin, nuoriin ja perheisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi.

> *Sosiaali- ja terveysministeriö* toteaa, että lapsiin kohdistuvissa vaikutuksissa, kuten myös muiden väestöryhmien vaikutuksissa, erivaiheiset arvioinnit täydentävät toisiaan. Hallituksen esityksessä pääasialliset vaikutukset sisältävät ohjeiden mukaisesti hallituksen esityksen ennakkoarvioinnin. Tämän lisäksi hyvinvointialueiden tulisi järjestämisessään ja sitä koskevissa valinnoissaan huomioida vaikutukset lasten, nuorten ja perheiden arkeen ja palvelujen saatavuuden varmistamiseen. Uudistuksen seurannassa ja jälkikäteisessä arvioinnissa, jonka suunnitelmaa on kuvattu hallituksen esityksen kappaleessa 10, on huomioitava eri väestöryhmät. Lapsivaikutusten ennakkoarviointia on käsitelty esityksen osiossa 4.2.4.4.4.4 Lapset, nuoret ja perheet, sekä, osioissa 4.2.4.4.4.5 Vaikutukset lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen järjestämiseen ja 4.2.4.4.4.6 Vaikutukset lastensuojelun järjestämiseen.

Vantaan kaupunki on lausunut, että esityksen vaikutustenarviointi ei ota huomioon kaupunkien kasvavaa roolia tai kaupunkien erityispiirteitä. Vaikutusten arvioinnissa ei ole kaupungin mukaan kiinnitetty tarpeeksi huomioita siihen, miten perustavanlaatuisia vaikutuksia uudistuksella

on kuntien tehtäviin, rahoitukseen ja tulevaisuuteen. *Professori Stenvallin* mukaan kuntien ja kaupunkien kyky ja resurssit kehittää suomalaista yhteiskuntaa vähenevät merkittävästi. Stenvall kantaa erityistä huolta isoimpien kaupunkien kehityksestä ja kehittämiskyvystä uudistuksen toteutuessa. *Helsingin kaupunki* toteaa, että uudistuksen moniulotteisia vaikutuksia on käsitelty esityksen vaikutusarvioissa puutteellisesti. Toisaalta kaupungin mukaan uudistuksen toteuttamiseen liittyy paljon epävarmuuksia ja riskejä, joita kaikkia ei ole edes vielä ollut mahdollista tunnistaa.

> *Sosiaali- ja terveysministeriö* toteaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirrolla kunnista hyvinvointialueille kuntien vastuulta poistuisi merkittävä määrä sellaisia kustannuksia, joihin kunnat ovat tähän saakka voineet vaikuttaa vain rajallisesti. Erityisesti erikoissairaanhoidon käyttötalousmenot ovat lisääntyneet mm. lääkekustannusten ja terveysteknologian paranemisen vuoksi voimakkaasti. Erikoissairaanhoidon kustannusten kasvu on lisäksi vuosittain vaihdellut huomattavasti. Myös kuntasektorin investointitarpeet sosiaali- ja terveystoimeen sekä pelastustoimeen poistuisivat niiden siirtyessä hyvinvointialueiden vastuulle. Uudistuksella ei lähtökohtaisesti parannettaisi tai heikennettäisi kunnan rahoitusasemaa ja yksittäisen kuntien kustannusten ja tulojen erotusta kohtuullistetaan toistaiseksi pysyvällä muutosrajoittimella. Kuntien budjettien pieneneminen kuitenkin periaatteessa vähentää talouden tasapainottamiskeinoja erityisesti pienissä kunnissa. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon menojen siirtyminen hyvinvointialueille parantaisi talouden ennakoitavuutta. Kunnan talouden kehitystä ja elinvoimaa määrittäisivät tulevaisuudessakin eniten talouskasvu, työllisyys- ja työttömyyskehitys, ikärakenteen muutokset sekä muuttoliike. Kunnilla säilyy myös uudistuksen jälkeen vahva kannustin pyrkiä edistämään kuntalaistensa terveyttä ja hyvinvointia. Parempi terveys, hyvinvointi ja työllisyys näkyvät myönteisesti kuntien tulorahoituksessa (verotulojen kautta) ja kustannuksissa (perustoimeentulotuen ja työmarkkinatuen rahoitusosuuksien kautta).
>
> Kuntien valtionosuusjärjestelmään ehdotetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen lisäosaa (100 milj. euroa). Lisäksi säädettäisiin uudesta asukasmäärän kasvuun perustuvasta lisäosasta (29 milj. euroa), jonka tarkoituksena olisi kohdentaa kasvaville kunnille asukasmäärän kasvusta aiheutuvia kustannuksia ja investointitarpeita. Tämä kohdistuu käytännössä paljolti isoimpiin kaupunkeihin. Tämän lisäksi tasausvähennysprosentin aleneminen hyödyttää verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasausrajan yläpuolella olevia kuntia (esim. pk-seudun kaupungit).
>
> Valtiovarainministeriö on asettanut tulevaisuuden kuntapolitiikan toimenpidevaihtoehtoja valmistelevan työryhmän. Työn tavoitteena on tuottaa poliittiseen päätöksentekoon kuntapolitiikan kokonaisuutta koskevia toimenpide-ehdotuksia. Kokonaisuudessa käydään läpi kuntien rahoituspohjan ja tehtävien tasapainoa ja kestävyyttä, kuntien roolia ja itsehallintoa, kuntien toimintatapoja, yhteistyötä ja kuntarakennetta sekä valtion kuntiin kohdistamaa ohjausta eri muodoissaan.

Hämeen liitto ry on kysynyt sosiaali- ja terveysvaliokunnalta vaikutuksista kuntien ja kuntayhtymien sekä hyvinvointialueiden taseisiin ja vuosittaisiin käyttökustannuksiin sekä muutoskustannuksista, jos sääntely ei tosiasiallisesti mahdollistaisi julkisten yhtiöiden toimimista osana hyvinvointialueen järjestämisvastuullista toimintaa.

> *Sosiaali- ja terveysministeriö* toteaa, että lakiesitys mahdollistaa julkisomisteisten yhtiöiden hyödyntämisen hyvinvointialueiden järjestämien sosiaali- ja terveydenhuollon

palveluiden tuottajana. Hyvinvointialueella tulisi kuitenkin olla järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma tuotanto. Kaikkea palvelutuotantoa ei siis voisi ulkoistaa hyvinvointialueen ulkopuolelle edes hyvinvointialueen sidosyksikkönä toimivalle yhtiölle. *Sosiaali- ja terveysministeriö* korostaa, että järjestämislain 2 ja 3 luvun sääntely koskee hyvinvointialueiden uusia sopimuksia asiakkaille tarjottavista palveluista. Voimaanpanolakiin on kuitenkin ehdotettu nykyisiä sopimuksia koskevaa taannehtivaa sääntelyä. Jos sopimus tulisi voimaanpanolain 29 § 1 momentin nojalla mitätöityväksi, olisi sopimus mitätön 1.1.2026 lukien. Edelleen, jos hyvinvointialue käyttäisi oikeuttaan irtisanoa sopimus 29 § 2 momentin nojalla, olisi sopimus voimassa 1.1.2026 asti, jollei toisin ole sovittu, tai viimeistään 1.1.2028 asti, jos sopimuksen irtisanominen vaarantaa sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuuden. Siirtymäaikojen on arvioitu olevan riittäviä tarvittavien järjestelyjen toteuttamiseen. Jos julkisten yhtiöiden toiminnan sijaan hyvinvointialueet päättävät tuottaa palveluja omana tuotantona, on todennäköistä, että yhtiöiden taseesta siirtyy varoja hyvinvointialueiden taseeseen. Esimerkiksi Tampereen yliopistollisen keskussairaalan koko konsernin taseen loppusumma oli noin 820 miljoonaa euroa vuonna 2019, kun yksinomaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän taseen loppusumma oli noin 710 miljoonaa euroa. Hyvinvointialueiden käyttökustannuksiin tämänkaltaisten toimenpiteiden ei voi arvioida vaikuttavan merkittävästi, sillä kustannusvaikuttavia toimintatapoja voidaan soveltaa niin hyvinvointialueiden omana tuotantona kuin sopimuksella sidosyksikön kanssa.

Työ- ja elinkeinoministeriö katsoo, että esityksen perustelut eivät kaikilta osin anna yksiselitteistä kuvaa esityksen vaikutuksista erilaisiin yritysmuotoihin. Esimerkiksi vaikutukset ammatinharjoittajina toimiviin yrityksiin ja osuuskuntamuotoisiin toimijoihin jäävät alihankintojen ketjutuksen kiellon osalta jossain määrin tulkinnanvaraiseksi. Tarkennusta voisi kaivata erityisesti se, katsotaanko sellaiset ammatinharjoittajat, jotka toimivat samanaikaisesti useammassa yksityisessä yrityksessä näiden yritysten ketjutetuiksi alihankkijoiksi. Lisäksi *Työ- ja elinkeinoministeriö* katsoo, että saattaisi olla hyvä tarkentaa, edellyttääkö esitettävä laki muutoksia ammatinharjoittajien joustavaan toimintaan useiden yritysten palveluksessa sekä samanaikaisesti julkisella sektorilla.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että pienten ja keskisuurten yritysten mahdollisuuksia päästä tarjoajiksi voidaan hyvinvointialueella edistää esimerkiksi hyväksymällä yhteistarjoukset erilaisilta ryhmittymiltä, kuten osuuskunnilta tai muilta yhteistyöryhmiltä. Tällöin hyvinvointialue tekee mahdollisen hankintasopimuksen palvelun hankkimisesta ryhmittymän kunkin jäsenen kanssa erikseen eli kyse on palvelujen hankkimisesta 12 §:ssä tarkoitetulla tavalla suoraan kyseiseltä yksityiseltä palveluntuottajalta eikä kyseessä ole alihankinnan ketjuttaminen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva laki 17 § yksityiskohtaiset perustelut.)

Ammatinharjoittajien samanaikainen toimiminen useassa yrityksessä ei vaikuta tarkasteluun alihankinnan ketjuttamisesta. Ammatinharjoittajien olisi edelleen mahdollista toimia samanaikaisesti useidenkin yksityisten palveluntuottajien alihankkijana sekä hyvinvointialueen palveluntuottajana.

Ryhmittymänä toimimalla pienet yritykset voivat myös täydentää toistensa osaamista, jolloin ne pystyvät tarjoamaan laajempia hankintakokonaisuuksia. Hankinnoissa on mahdollista hyväksyä myös osatarjouksia. Lisäksi pienet yritykset ja itsenäiset ammatinharjoittajat voivat toimia esimerkiksi yksityisen palveluntuottajan alihankkijoina 17 §:ssä säädetyin edellytyksin. Pienillä toimijoilla on hyvät mahdollisuudet tuottaa

palveluja erityisesti palvelusetelillä toteutettavissa palveluissa, minkä osalta säädetään erikseen palvelusetelilaissa.

Hallintotieteiden professori Jari Stenvall on katsonut, että uudistuksella on merkittäviä vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoiden kehitykseen. Vaikutukset riippuvat tulevista kilpailuttamis- ja hankintakäytännöistä. Kun järjestämisvastuu keskittyy, monet sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tuottavat paikalliset yritykset tulevat yhä enemmän riippuvaisemmaksi yhden tilaajan – hyvinvointialueen – kilpailussa ja hankinnassa pärjäämisessä. Tämän riskin vähentämisen takia on professori Stenvallin mukaan luultavaa, että alan yritykset ketjuuntuvat aiempaa enemmän muun muassa yritysostojen kautta valtakunnallisiksi. Valtakunnalliset yritykset voivat esimerkiksi toisinaan tuottaa jollakin alueella vaikkapa alihintaisesti palveluita ja näin heikentää kilpailijoiden asemaa markkinoilla. Professori Stenvall näkee myös pienten yritysten toiminnan vaikeutuvan, jos kilpailuttamista toteutetaan suurissa kokonaisuuksissa koskien hyvinvointialuetta. Myös *Suomen toimintaterapeuttiliitto ry* näkee esityksen kannustavan aiempaa suurempiin hankintakokonaisuuksiin, joka vaikeuttaa kuntoutusalan yritysten toimintaa. Toimintaterapia-alalla palveluntuottajat ovat pääosin pien- ja mikroyrityksiä sekä ammatinharjoittajia.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että hyvinvointialueiden suurempi koko voi johtaa suurempiin hankintakokonaisuuksiin ja sitä kautta saattaisi suosia suurempia toimijoita. Kuitenkin isoina toimijoina hyvinvointialueet voivat resursoida ja kehittää hankintaosaamistaan pieniä kuntia paremmin ja hoitaa hankintatointaan niin, että myös paikalliset toimijat voivat osallistua kilpailutuksiin. Sosiaali- ja terveyspalvelut ja niihin liittyvät tukipalvelut ovat laaja joukko erilaisia palveluja ja yksityisen tuotannon merkitys poikkeaa paljon alatoimialoittain. Yksityisten osuus on merkittävä mm. sosiaalihuollon palveluissa, jossa on paljon myös pieniä paikallisia ja alueellisia toimijoita.

Paremman hankintatoimen resursoinnin ja suurempien kilpailutusten määrän myötä lain tulkinta ja soveltaminen ovat hyvinvointialueilla yksittäisiä kuntia vankemmalla pohjalla, jolloin me todennäköisesti pystyvät arvioimaan, milloin tarjous vaikuttaa alihintaiselta. Hankintalain (1397/2016) 96 § säätää poikkeuksellisen alhaisista tarjouksista. Hankintayksiköllä on velvollisuus vaatia selvitystä syistä, jos tarjous on muihin tarjouksiin verrattuna poikkeuksellisen alhainen. Jos selvitys ei selitä tarjoushintojen tai kustannusten alhaista tasoa, hankintayksikkö voi hylätä hinnaltaan tai kustannuksiltaan poikkeuksellisen alhaisen tarjouksen, mutta hankintayksikkö voi käyttää hylkäämisessä harkintavaltaa. Hankintayksiköllä on velvollisuus hylätä tarjous, jos poikkeuksellisen alhainen hinta johtuu yhteiskunnallisten velvoitteiden laiminlyönnistä (81 § kohta 5 tarjoaja, joka on rikkonut Suomen tai EU:n lainsäädännön, työehtosopimusten tai kansainvälisten sopimusten ympäristö-, sosiaali- ja työoikeudellisia velvoitteita, ja hankintayksikkö voi näyttää rikkomuksen toteen).

Hyvinvointialueiden muodostamisen vaikutusta yritysostoihin ja ketjuuntumiseen on hyvin vaikea arvioida ja erottaa muista tekijöistä. Osassa alatoimialoja on runsaasti myös pieniä yrityksiä ja jo useita vuosia sekä terveys- että sosiaalipalveluissa on ollut paljon yritysostoja ja yritysten lukumäärä on vähentynyt lähes kaikilla alatoimialoilla (Missä mennään sote-toimiala? Sosiaali- ja terveyspalveluiden toimialaraportti. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2020:1). On todennäköistä, että hyvinvointialueiden muodostamisella ei ole olennaista vaikutusta tähän kehitykseen.

Nykykäytäntöjen perusteella ei ole havaittavissa, että esimerkiksi suuret kaupungit kilpailuttaisivat nimenomaan suuria kokonaisuuksia. Toisaalta suurempien hankintakokonaisuuksien toteutuminen johtaisi todennäköisesti myös laajempien alihankintaverkostojen syntymiseen, joka voisi tarjota liiketoimintamahdollisuuksia myös pienemmille toimijoille.

Etelä-Karjalassa, Pohjois-Karjalassa ja Kainuussa on jo vuosia järjestetty sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut maakunnallisina. Tilastokeskuksen yritystilaston mukaan vuosina 2013–2018 sosiaali- ja terveydenhuollon yritysten toimipisteet, kuten myös niissä työskentelevän henkilöstön lukumäärä on pysynyt lähes muuttumattomana. Tilastollisesta tarkastelusta voidaan päätellä, että maakunnan laajuinen järjestäminen ei sinänsä ole johtanut yksityisen palvelutuotannon tai sen toimipisteiden määrän vähenemiseen alueilla huolimatta järjestämisen mittakaavan muuttumista.

Siikalatvan kunta lausuu, esityksessä ei ole tehty todellista vaikutusten arviointia ulkoistuskuntien ja yksityiseen palvelutuotantoon aiheutuvista muutoksista. *Lainsäädännön arviointineuvosto* on todennut, että esityksen perusteella jää joissain määrin epäselväksi yksityisten palvelujen käytön rajoittamisen vaikutukset hyvinvointialueille.

Suomen toimintaterapeuttiliitto ry on lausunut, että ehdotuksen keskeisiä vaikutuksia alan mikro- ja pienyrityksille ole tunnistettu. Liiton mukaan ehdotetun järjestämislain 3 luvun sääntely on tarpeettoman raskasta ja vähentää yritysten mahdollisuutta tarjota palveluita tulevaisuudessa. Raskas sääntely ja uudet vaatimukset vaikeuttavat liiton mukaan pien- ja mikroyritysten sekä ammatinharjoittajien yritystoiminnan mahdollisuuksia. Sitä kautta palveluiden hankkiminen näiltä yrityksiltä ei välttämättä ole tulevaisuudessa mahdollista, vaikka se muuten olisikin perustuslain 124 §:n ja ehdotetun järjestämislain 12 §:n mukaisesti tarkoituksenmukaista.

Lääkärikeskus Aava Oy on lausunut, että uudistuksen myötä julkisrahoitteisten sote-palveluiden saatavuus heikkenee, eriarvoisuus lisääntyy ja kustannukset nousevat. Sote-uudistuksen kunnianhimoisten tavoitteiden saavuttamiseksi täytyy voida hyödyntää kaikkia käytettävissä olevia resursseja tarkoituksenmukaisella ja optimaalisella tavalla, myös yksityisellä sektorilla tarjolla olevia.

Suomen Terveystalo Oy on arvioinut, että esityksen myötä terveydenhuollon ostopalveluissa siirrytään yksittäisten episodien hankintoihin pois laajemmista kokonaisuuksista. Terveydenhuollon ostopalvelut keskittyisivät keskisuuriin ja suuriin kaupunkeihin, joissa on mahdollista soveltaa palveluseteliä ja ulkoistaa terveysasemapalveluita ilman neuvolaa. Neuvolatoiminnan, rahoituksen kokonaisvastuun ja palveluketjun ohjauksen poistumisen myötä on yhtiön mukaan epätodennäköistä, että hyvinvointialue näkisi ulkoistusten jatkamisen mielekkääksi.

Lääkäripalveluyritykset ry on lausunut, että yksityisten toimijoiden hyödyntämisen rajaaminen julkisten sote-palveluiden tuotannossa heikentää kyseisten palveluiden saatavuutta ja lisää eriarvoisuutta. Yhdistys näkee yksityisen sektorin kanssa tehdyn tuloksekkaan yhteistyön rajoittamisen ja vähentämisen lainsäädännöllä esitetyllä tavalla aiheuttavan arvioituakin nopeamman kustannuskasvun sekä samalla tuottavuuden heikkenemisen.

Hyvinvointiala HALI ry on todennut, että yrityksillä ja järjestöillä on tarjota resursseja, kykyjä ja osaamista, joita hyödyntämällä sote-uudistuksen tavoitteet voidaan saavuttaa. Yhdistyksen mukaan esitys rajoittaa tätä mahdollisuutta erittäin merkittävästi tuomatta muita ratkaisuja ti-

lalle. Ulkoistuksiin ja muihin ostopalveluihin on yhdistyksen mukaan turvauduttu laajasti nimenomaan siksi, että palvelujen riittävyydestä ja saatavuudesta voitaisiin huolehtia. Toteutettujen ostopalvelujen ja ulkoistusten on voitu osoittaa mahdollistaneen paitsi tehokkuushyötyjä, myös parantaneen palvelujen saatavuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että ehdotetun sääntelyn ei arvioida kokonaisuudessaan vähentävän hyvinvointialueiden palvelujen järjestämistä niitä yksityiseltä palveluntuottajalta hankkimalla. Sen sijaan, kyseisen sääntelyn arvioidaan mahdollistavan näiden hankintojen kasvun kestävällä tavalla. Ehdotettu sääntely jäsentäisi ja täsmentäisi nykyisiä ostopalvelukäytäntöjä, sillä arvion mukaan nykyisen lain tulkinnat ovat olleet ristiriitaisia, moninaisia ja osin perustuslain vastaisia. Kun katsotaan kokonaisuutta, isossa kuvassa yksityisten palveluntuottajien rooli ei muuttuisi merkittävästi nykyisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan suurin osa nykyisistä sopimuksista jäisi voimaan, osaa muutettaisiin ja pieni osa sopimuksista irtisanottaisiin osittain tai kokonaan. Arvion mukaan vain yksittäisiä sopimuksia mitätöityisi. Joissain kunnissa on nykyisin tehty kokonaisulkoistuksia perusterveydenhuollon tai/ja sosiaalihuollon palvelujen osalta. Nämä yksittäisten pienten kuntien kokonaisulkoistukset voisivat pitkälti jatkua myös tulevilla hyvinvointialueilla, sillä hyvinvointialueen mittakaavassa nämä yksittäisten kuntien kokonaisulkoistukset eivät muodostuisi liian laajoiksi. Myös erikoissairaanhoidossa voitaisiin jatkossakin hankkia laajasti palveluja ja toimenpiteitä yksityiseltä palveluntuottajalta, mutta esim. kokonaisia lääketieteen erikoisaloja ei voitaisi ulkoistaa, joten tältä osin joitakin yksityisen palveluntuottajan kanssa tehtyjä sopimuksia tulisi tarkastella uudelleen. Erikoissairaanhoidon tämän hetken noin 400 miljoonan euron ostopalveluista valtaosa on sosiaali- ja terveysministeriön tietojen mukaan tälläkin hetkellä yksittäisiä toimenpiteitä.

Arvion mukaan hyvinvointialueet tulevat hyödyntämään ostopalveluja palvelutuotannossaan jatkossakin ja osuuden arvioidaan kasvavan nykyisenlaisesti. On olemassa vahvoja viitteitä siitä, että palvelujen järjestäminen ostopalveluina on osaltaan auttanut kuntia ja kuntayhtymiä parantamaan palveluiden saatavuutta ja laatua sekä hillitsemään kustannusten kasvua. Hyvinvointiala HALI ry on esittänyt, että kokonaisulkoistuksia hyödyntäneet kunnat ovat saaneet ulkoistamisesta neljän prosentin kustannushyödyn. Tämä pohjaa kustannusten kasvun tarkasteluun ulkoistuksia tehneiden kuntien ja verrokkikuntien välillä. Kustannusten kasvun hillinnän onnistumisen lisäksi monissa laajoissa ulkoistuksissa kyseiset kunnat ovat olleet erittäin tyytyväisiä palvelujen laatuun. Hallituksen esityksen taulukon 20 tarkastelun perusteella voidaan havaita, että varsin monissa kokonaisulkoistuksia tehneissä kunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset käyttömenot ovat kuitenkin huomattavasti hyvinvointialueen keskimääräisiä asukaskohtaisia käyttömenoja korkeampia. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksen mukaan kuntien ulkoistettuja palvelujen markkinat ovat hyvin keskittyneet. Ulkoistuksista saatu kustannushyöty ei siis ole yksiselitteinen. Tästäkin huolimatta hyvinvointialueiden voi arvioida jatkossakin hyödyntävän palvelujen hankintoja nykyisen kasvutrendin mukaisesti, minkä vuoksi ehdotuksen ei voi katsoa vaikuttavan heikentävästi esimerkiksi koko toimialan tuottavuuteen, eikä sääntelyn voi laajassa mittakaavassa odottaa vaarantavan esimerkiksi palvelujen saatavuutta.

Asiakkaille tarjottavien palvelujen hankkiminen neuvolatoiminnassa olisi edelleen mahdollista. Hankinnoissa ei olisi sovellettava toteutuneisiin kustannuksiin perustuvia kompensaatiomenettelyjä, vaan edelleen olisi mahdollista hyödyntää ennalta sovit-

tuja kompensaatioelementtejä, jotka siirtävät rahoitusvastuuta palveluista palveluntuottajalle. Hyvinvointialueen olisi kuitenkin huolehdittava järjestämisvastuustaan sekä sen järjestämisvastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisesta toteutumisesta myös palveluja hankkiessaan, ja tähän harkintaan liittyy olennaisesti myös hankinnan sisältämien palvelujen sisältö sekä hankinnassa sovellettava kompensaatiomenettely.

Asiakkaille tarjottavien palvelujen hankintaan sekä muiden, esimerkiksi tukipalvelujen hankintaan liittyviä yritysvaikutuksia on käsitelty esityksen osiossa 4.2.1.12 Yritysvaikutukset. Ensin mainittujen eli niin sanottujen lopputuoteostoihin kohdistuvia vaikutuksia on käsitelty myös osioissa 4.2.4.3 Vaikutukset palvelutuotantoon ja 4.2.4.3.2 Nykyisten ostopalvelusopimusten tarkastelua. Esityksellä on varsin merkittäviä vaikutuksia hyvinvointialueiden alueella toimiville yrityksille, kun hankintojen toteuttajana toimisi alueen kuntien ja kuntayhtymien sijaan hyvinvointialue. Hyvinvointialueen hankintakäytännöt muuttuvat yhtenäisimmiksi usean hankintayksikön eriävien käytäntöjen sijaan, joka voi helpottaa erityisesti pienten ja keskisuurten yritysten osallistumista hankintoihin keskipitkällä aikavälillä. Toisaalta on mahdollista, että hankintayksikön koon kasvaessa myös yksittäisten hankintojen koko kasvaa, jolloin pienempien palveluntuottajien mahdollisuudet osallistua hankintoihin saattavat heikentyä. Tämänkaltaisen kehityskulun mahdollisuutta eivät kuitenkaan tue esityksen vaikutusarvioinnissa esiin nostetut havainnot toimipisteiden määrien kehityksestä jo maakunnan laajuiseen järjestämiseen siirtyneillä alueilla. Esityksen vaikutusarvioinnissa on arvioitu, että esitetty alihankinnan ketjuttamisen kieltäminen saattaisi joissain tapauksissa vaikeuttaa pienimpien palveluntuottajien, kuten ammatinharjoittajien toimintaa hyvinvointialueen järjestämissä palveluissa, ja kiellon arvioidaan vaativan palveluntuottajia muodostamaan nykyistä tiiviimpiä verkostoja tuottaessaan hyvinvointialueen järjestämiä palveluja. Lopputuoteostoihin liittyvien rajoitusten vaikutusten arvioidaan olevan näiden hankintojen kokonaismäärään suhteutettuna vähäisiä. Täsmennetyn sääntelyn arvioidaan mahdollistavan yksityisten palveluntuottajien hyödyntämisen nykyisenkaltaisen kasvutrendin jatkuminen aiempaa kestävämmällä tavalla.

ICT- ja tiedonhallinta

ICT:tä ja tiedonhallintaa koskevassa osuudessa ei käsitellä henkilötietojen käsittelyyn, tietosuojaan, rekisterinpitoon ja tiedonsaantioikeuksiin liittyviä asioita, vaan niihin annetaan vastine myöhemmin.

Uudenmaan alueen yhteinen tietojärjestelmä

Useat lausunnonantajat nostivat esille Uudenmaan tietojärjestelmätilanteen (mm*. HUS, Apotti, Helsingin kaupunki, Espoo*). Tavoitetilassa Uudellamaalla peruspalveluista vastaisi neljä hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki. Erikoissairaanhoito olisi HUS-hyvinvointiyhtymän vastuulla. Lausunnonantajien mukaan yksi yhteinen tietojärjestelmä olisi edellytys myös tietojen liikkumiselle Uudenmaan alueella. Lausunnoissa esitettiin, että lainsäädännöllä tulisi mahdollistaa poikkeusmenettely, jolla nykyisin käytössä olevat tietojärjestelmät (Esim. Apotti) voitaisiin laajentaa koko hyvinvointialueen käyttöön. Toisaalta lausunnoissa (*TietoEvry, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Salivirta & Partners*) myös esitettiin, että tietojärjestelmäratkaisuissa tulee huomioida alueiden erilainen lähtötilanne sekä erilaiset tarpeet. Valtion toimesta ei tule pakottaa yhden tietyn järjestelmän käyttöön.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö toteavat, että Uudenmaan alueella tiedon liikkuminen on keskeistä Uudenmaan erillisratkaisun toimivuudelle. Alueen yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä toteuttaisi tämän tietojärjestelmätasolla tehokkaasti ja suoraviivaisesti, mutta ei ole kuitenkaan välttämätön. Tiedon liikkuminen voidaan teknisesti toteuttaa muillakin keinoin. HUS:n alueella on ollut käytössä sairaanhoitopiirin laajuinen aluetietojärjestelmä jo aiemminkin. Kanta-palveluita ei myöskään vielä valitettavasti hyödynnetä niiden mahdollistamassa laajuudessa. Kanta-palveluja ja muita kehittyneitä integraatioratkaisuja käyttämällä on mahdollista saavuttaa tarvittava tiedon liikkumisen taso, vaikka alueelle jäisikin useita eri asiakas- ja potilastietojärjestelmiä.

Lakiesityksessä ei ole ehdotuksia sääntelystä, jossa valtioneuvoston tasolta voitaisiin puuttua jälkikäteen jo tehtyihin ICT-järjestelmähankintoihin. Apotti on kilpailutettu aikanaan tietyin hankintakriteerein ja hankintaan liittymisen määräaika on umpeutunut. Suurin osa Uudenmaan alueen kunnista ei ole halunnut lähteä hankintarenkaaseen mukaan. Tähän puuttuminen olisi hankintaoikeudellisesti sekä kunnallisen ja alueellisen itsehallinnon näkökulmasta erittäin ongelmallista. Voimaanpanolaissa säädetään siitä, kuinka nykyiset sopimukset siirtyvät uusille järjestämisvastuullisille.

Kanta-palveluiden kehittäminen ja mahdollisuudet

Useat lausunnonantajat nostivat esille, että Kanta-palvelut eivät riitä tiedon liikkuvuuden varmistamiseen Uudellamaalla (mm. *HUS, Apotti, Helsingin kaupunki, Espoo*). Vastaavasti *Kansaneläkelaitos ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri* nostivat esiin, että palveluja tulee kehittää määrätietoisesti ja pitkän ajan rahoitus turvaten.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn liittyvistä tietoteknisistä vaatimuksista, tietojärjestelmistä ja Kanta-palveluista säädellään asiakastietolaissa. Asiakastietolain (HE 212/2020 vp) uudistaminen on parhaillaan myös eduskunnan käsittelyssä. STM on myös aloittanut tiedonhallintasäädösten kokonaisuudistuksen. Kanta-palveluiden toimintaan ja kehittämiseen liittyvistä asioista ei näin ollen säädellä SOTE-uudistuksen lainsäädäntökokonaisuudessa.

Uudistuksen tavoitteiden toteutumisen kannalta on kuitenkin olennaista, että Kanta-palvelut toimivat palvelutuotannon kannalta mielekkäällä tavalla ja niitä kehitetään toiminnan tarpeiden lähtökohdista. Kanta-palveluiden tarkoitus on mahdollistaa ajantasaisen tiedon saatavuus aina siellä missä asiakas saa palveluja. Tiedot tallennetaan Kantaan standardoidussa muodossa ja ne ovat myös kansalaisten saatavilla Omakanta-palvelun kautta.

Kanta-palveluiden käyttö on laajentunut voimakkaasti. Kelasta saadun tiedon mukaan toisessa organisaatiossa syntyneiden tietojen haku on seitsenkertaistunut viimeisen viiden vuoden aikana. Nyt tietoja haetaan lähes kolme miljoonaa kertaa kuukaudessa.

Palveluiden kehittämistä ohjaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja niiden teknisestä toteutuksesta vastaa Kansaneläkelaitos. Tämän lisäksi kukin palvelunantaja vastaa siitä, että sen käyttämät tietojärjestelmät ovat yhteentoimivia Kanta-palveluiden kanssa.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien ja Kanta-palveluiden kehittämistä ja niihin liittyviä haasteita käsitellään säännöllisesti tietojärjestelmätoimittajien, palvelunantajien, THL:n, Kelan ja STM:n yhteistyöverkostoissa. Ongelmakohtien ratkaiseminen edellyttää kaikkien toimijoiden hyvää yhteistyötä ja onnistunutta toimeenpanoa. Kanta-palveluissa on ollut hitauteen liittyviä teknisiä ongelmia ja häiriöitä, mutta Kelasta saadun tiedon mukaan ne on kevään aikana korjattu. Tällä hetkellä palvelunantajien ja tietojärjestelmien välillä on suuria eroja siinä kuinka hyvin Kanta-palvelut ovat integroitu osaksi päivittäistä toimintaa. Keskeisiä asioita hyödyntämisen kannalta ovat mm. se, että kuinka hyvin asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöliittymät ammattilaisille on toteutettu, millaiset ovat toimintamallit kirjaamiseen ja tiedon käyttöön sekä kuinka nopeasti tiedot tallennetaan organisaatioissa Kantaan.

Tietojohtaminen

Professori Ranniston lausunnossa esitetään, että uudistuksessa ei huomioida riittävästi tietojohtamista, vaikka se on keskeistä koko uudistuksen kannalta. *Kymsote* taas esitti näkemyksenään, että sosiaalihuoltoa koskevasta tarvevakioinnista ei ole riittävästi tietoa palvelutarpeen arvioimiseksi. *Kansaneläkelaitoksen* mukaan tulee välttää päällekkäisten tietovarantojen rakentamista. Kela myös nosti esiin eri toimijoiden välisen roolituksen, joka nousi esiin myös *Keusoten* lausunnossa. *Esko Systemsin* lausunnossa suhtaudutaan myönteisesti DigiFinlandin rooliin tietojohtamisen kehittämisessä ja koordinoinnissa, mutta suhtauduttiin varauksella siihen, että alueiden käytännön tarpeista nousevia ratkaisuja yhtenäistettäisiin liikaa kansallisen koordinaation nimissä.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että tietopohjainen johtaminen ja ohjaus on yksi uudistuksen kulmakivistä. Lainsäädännöllä ensimmäistä kertaa velvoitettaisiin palveluiden järjestämisestä vastaavat tahot seuraaman ja arvioimaan omaa toimintaansa tietopohjaisesti. Lisäksi tätä tietoa tulee hyödyntää alueiden väliseen vertailuun. SOTE-järjestämislain 29 § säätelee tästä uudesta tehtävästä. Tiedon yhdenmukaisuus varmistettaisiin sillä, että käytettävän tiedon tulee olla THL:n määrittelemien tietorakenteiden mukaista. Lisäksi STM:lle tulisi asetuksenantomahdollisuus ns vähimmäistietosisällöstä, jolla edellytettäisiin vertailukelpoista tietoa jokaiselta alueelta.

SOTE-järjestämislain 30 § taas säätää THL:n seuranta- ja arviointitehtävästä. THL tekisi vuosittain arviot hyvinvointialueiden toiminnasta, jota käytettäisiin mm. alueiden ohjausneuvotteluissa. Keskeistä olisi, että THL:n arvioinnissa käyttämä tieto ja alueiden johtamisessa käyttämä tieto olisi yhdenmukaista ja vertailukelpoista.

THL:n ja Kelan rooleista ja tehtävistä säädellään järjestämislain lisäksi muissa näitä viranomaisia koskevissa laeissa. DigiFinland on tällä hetkellä valtion omistama yhtiö, jonka olisi tarkoitus palvella tulevia hyvinvointialueita niiden digiratkaisujen kehittämisessä. Yhtiön asemaa koskevasta säätelystä ei ole vielä olemassa hallituksen esitystä, mutta asiaa selvitellään parhaillaan.

Tietojohtamisen ratkaisut niin alueilla kuin kansallisestikin vaativat merkittäviä investointeja ja korkeaa osaamista. Tämän vuoksi laaja yhteistyö eri toimijoiden kesken on olennaista, jotta uudistuksen päätavoitteiden saavuttamista koskeva tiedontuotanto saadaan toteutettua kustannustehokkaasti.

Teknologisen kehityksen huomiointi

Toivasen lausunnon mukaan esityksessä ei käytännössä lainkaan oteta kantaa siihen, miten teknologisen kehityksen avulla voidaan parantaa palveluita ja keventää kustannusrakennetta samanaikaisesti.

> *Sosiaali- ja terveysministeriö ja Valtiovarainministeriö* toteavat, että Suomi on kansainvälisten vertailuiden mukaan yksi maailman kärkimaita sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatiossa ja tiedonhallinnassa. Kehityksen yhtenä haasteena on kuitenkin ollut hyvin hajanainen järjestämisrakenne. Varsinkin pienimpien järjestämisvastuullisten kyky kehittää ja ottaa käyttöön uusia digitaalisia toimintamalleja on ollut rajallinen. Järjestämisvastuun kokoaminen alueellisesti laajemmille harteille luo parempia edellytyksiä toiminnan digitalisoimiseen, tietoturvasta vastaamiseen ja onnistuneempiin hankintoihin.
>
> Hyvinvointialueiden valtion ohjauksessa hyvinvointialueita kannustettaisiin ja tuettaisiin digitalisaation hyödyntämisessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Tiedonhallinnan asema keskeisenä osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä on huomioitu nimenomaisesti myös säädöstasolla hyvinvointialueiden toiminnan ja talouden ohjausta koskevassa sääntelyssä (sote-järjestämislaki 4 luku).
>
> Digitalisaatiokehityksen onnistumisessa yksi keskeinen tekijä on palvelunjärjestäjien ja valtakunnallisten viranomaisten välinen yhteistyö. Hyvä vuorovaikutus ja jaetut yhteiset tavoitteet auttavat kohdistamaan resursseja tarkoituksenmukaisesti ja päällekkäisyyttä välttäen. Esimerkiksi Omaolo ja Terveyskylä -palvelut ovat hyviä esimerkkejä siitä, kuinka yhteistyöllä saadaan vaikuttavia tuloksia.
>
> Hallituksen esitys loisi nykytilaa huomattavasti paremmat edellytykset digitalisaation ja teknologian tuomien mahdollisuuksien hyödyntämiselle tulevaisuuden sote-palveluiden järjestämisessä. Esitys kuitenkin koskee sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisrakenteita, eikä siinä siten säädetä tarkemmin eri palvelumuodoista, kuten digitaalisista palveluista. Lähtökohtana myös on, että hyvinvointialueet itsehallinnollisina toimijoina päättävät itse palvelujen tarkemmista järjestämis- ja tuottamistavoista. Niillä olisi myös tähän paras asiantuntemus sekä parhaat edellytykset ottaa huomioon alueelliset tarpeet, olosuhteet ja erityispiirteet.
>
> Digitalisaation ja tiedonhallinnan kustannushyötypotentiaalia on käsitelty tarkemmin hallituksen esityksen valmistelun yhteydessä laaditussa taustamuistiossa, joka löytyy Hankeikkunasta[1] (kts. erit s. 21 -22). Huomioitavaa on, että potentiaalin realisoituminen edellyttää päätöksentekoa tulevassa hyvinvointialuerakenteessa esimerkiksi palveluiden tuottamistapoihin ja palveluverkkoon liittyen.

[1] https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/165db659-8cf1-49b4-b33d-c2cd7a4390bf/5abbdbf9-8886-4695-8060-1b8fb270d1b1/LIITE_20201208083324.PDF

Uudistuksen toteuttaminen ja aikataulu

Useissa lausunnoissa kiinnitettiin huomiota uudistuksen toimeenpanoon, rahoitukseen ja aikatauluihin. *Esko Systems Oy* ja *Apotti Oy* korostivat, että uusien tietojärjestelmäratkaisuiden toteutukseen ja käyttöönottoon tulee olla riittävästi aikaa ennen lakien voimaantuloa. *Keski-Suomen sairaanhoitopiiri* korosti riittävän muutosrahoituksen tärkeyttä valtion toimesta ja alueiden lähtötilanteen erilaisuuden huomioimista. Lausunnossa nostettiin esiin myös kansallisten toimijoiden (THL, KELA, DigiFinland, Digi- ja väestötietovirasto) roolijaon selkiyttäminen ja yhtenäinen ohjaus. Lausunnon antajan mukaan tulisi huolehtia siitä, että valtion viranomaiset toimisivat myös valtioneuvoston asettamien valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti,

> *Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtionvarainministeriö* toteavat, että muutoksen toteutukseen ja siitä syntyviin muutoskustannuksiin vaikuttavat erityisesti alueiden erilainen lähtötilanne. Olennaista on varmistaa toiminnan jatkuvuus ja hyvinvointialueen käynnistymisen kannalta keskeisimpien tietojärjestelmin hankinta ja toteutus. Näitä ovat erityisesti talous- ja henkilöstöhallinnon järjestelmät.
>
> Uudistuksen edellyttämiin välttämättömiin tietojärjestelmämuutoksiin ja tiedonhallinnan järjestelyihin kohdistetaan muutostukirahoitusta voimaanpanolain 15§ mukaisen rahoituksen lisäksi. Alueille valtionavustuksilla myönnettävä määräraha on luonteeltaan valtionavustuslain (688/2001) 5 §:ssä tarkoitettua erityistä valtionavustusta, joka myönnetään ja maksetaan hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille sekä HUS-yhtymän valmisteluista aiheutuviin ICT-kustannuksiin lakien voimaantulon jälkeen.
>
> Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmien yhtenäistäminen tulee tapahtumaan vaiheittain. Jotta palvelutoiminta ei häiriydy järjestelmämuutosten vuoksi ensimmäisen vaiheen muutokset tulevat liittymään rekisterinpitomuutoksiin sekä käyttöoikeuksien määrittelyyn, mutta muut välttämättömät muutokset joudutaan tekemään useamman vuoden aikana. Alueilla, joissa on jo järjestämisvastuuta koottu esim. kuntayhtymiin voidaan edetä toiminnan kehittämisessä tukevan digitalisaation kanssa todennäköisesti nopeammin.
>
> Uudistuksen aikataulu voi olla joillekin alueille tiukka, mutta mikäli toimeenpanossa keskitytään aidosti vain välttämättömään, on se mahdollista toteuttaa hallituksen esityksen mukaisesti.
>
> Toimeenpanon kannalta on olennaista se, että eri toimijat tekevät hyvää yhteistyötä. Tässä keskeistä on myös kansallisten viranomaisen ja DigiFinlandin tuki alueille. Ministeriöt vastaavat näiden ohjauksesta.

Muita lausunnoissa esiin tuotuja huomioita

Sosiaalihuollon asema uudistuksessa

Ylisosiaalineuvos Kananojan lausunnon mukaan sosiaali ja terveydenhuollon uudistukselle on koko monivuotisen prosessin ajan ollut luonteenomaista sosiaalihuollon jääminen sivuosaan. Sosiaalihuolto tulee uudistukseen monessa suhteessa takamatkalta. Sosiaalihuollon vahvistamista koskevien muutosten tekeminen esitykseen tässä vaiheessa on vaikeaa, etenkin sosiaalihuollon tietopohjan puutteiden vuoksi. Lausunnossa tuodaan myös esille erillisvalmistelua edellyttäviä jatkokehittämistarpeita.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että sosiaalihuollon asemaa suhteessa uudistuksen kokonaisuuteen on huomioitu järjestämislaissa ja sen perusteluissa. Sote-uudistuksesta käytävässä keskustelussa (esim. media) korostuu usein terveydenhuoltolähtöisyys.

Sosiaalihuollon kehittämisen näkökulmasta tärkeä on Sanna Marinin hallitusohjelmassa[2] (4. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden parantaminen) oleva sosiaalihuollon kehittämisohjelma, jonka tarkoituksena on vahvistaa sosiaalihuollon kokonaisuutta ja palveluita pitkällä aikavälillä. Osin kehittämisohjelmaa toteutetaan Sote-uudistukseen liittyen osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelmaa.

Sosiaalihuollon kehittämisohjelmatyö sosiaalihuollon kokonaisuuden systemaattiseksi kehittämiseksi on käynnistynyt sosiaali- ja terveysministeriössä. Ohjelmatyön tavoitteeksi on asetettu:

- Sosiaalihuollon kehittämisohjelman valmistelu sekä siihen liittyen sosiaalihuollon tietoperustan ja asiantuntijuuden hyödyntäminen kuntien perustoiminnoissa ja kuntapolitiikkojen toteuttamisessa (kehittämisohjelma)
- Sosiaalihuollon palvelukokonaisuuksien ja menetelmien kehittyminen osana sosiaali - ja terveydenhuollon kokonaisuutta, erityisesti Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –valtionavustusohjelman toteuttaminen (sote –valmistelu)
- Sosiaalihuollon tietoperustaisuuden vahvistaminen vakiinnuttamalla TKKI - rakenteet osaksi hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden toimintaa sekä niitä tukeva kansallinen rakenne (tutkimus ja TKI)

Sosiaalihuollon kehittämisohjelmatyölle on asetettu kolme toimenpidekokonaisuutta:

I. Kansallisen sosiaalihuollon kehittämisohjelman strateginen ohjaus ja koonta.

II. Tukea sosiaalihuollon rakenteiden vakiintumista hyvinvointi- ja yhteistyöalueiden valmistelussa.

III. Vahvistaa sosiaalihuollon / sosiaalityön TKKI rakenteita ja tietoperustaista sosiaalihuollon käytäntöä.

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman ja alueellisten hankkeiden toimeenpanon tukea koordinoi ja toteuttaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella erillinen hanketoimisto ja viisi aluekoordinaattoria. Sosiaalihuollon kehittämisohjelman kansallisen tuen kolme teemakokonaisuutta pohjautuvat Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankeoppaassa kuvattuihin sosiaalihuollon kehittämisen tavoitteisiin (STM, 2020[3]). Sosiaalihuollon kehittämisen tavoitteet tukevat koko ohjelman tavoitteita.

[2] Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma (10.12.2019) OSALLISTAVA JA OSAAVA SUOMI – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31.
[3] STM (2020) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 - Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3.

Sosiaalihuollon kehittämisohjelmaan sisältyvien muiden kansallisten toimenpiteiden organisoinnista vastaa STM. Lapsiperheiden sosiaalihuollon kehittämistä toteutetaan erityisesti Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmassa, jota toimeenpannaan Tulevaisuuden sote-keskus ohjelmassa ja erillisenä lastensuojelun monialaisen kehittämisen valtionavustushankkeena. Vastaavasti ikääntyneiden palveluja kehitetään sekä osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelmaa että erillisinä hankkeina. Erillisiä, keskeisesti sosiaalihuoltoon liittyviä kehittämishankkeita STM:ssä on lisäksi esimerkiksi asunnottomien sote-palveluihin, vammaisten henkilöiden henkilökohtaiseen budjetointiin ja mielenterveysstrategian toimeenpanoon liittyen.

Kuntoutus sote-uudistuksessa

Toimintaterapeuttiliitto ry, Akava ja Kuntoutuksen asiantuntijat ry tuovat esille kannanotoissaan tärkeänä kuntoutuksen uudistamisen integroimisen sote-uudistukseen. Akava toteaa, että myös Kelan rooli kuntoutuksen nykyisessä palvelujärjestelmässä sekä sen yhteys sote-uudistukseen tulee tunnistaa ja kuvata.

Kuntoutusalan asiantuntija ry korostaa, että uudistuksessa tulee tunnistaa kansalaisten kuntoutustarve erityisesti ikääntyneillä, työttömillä, pitkäaikaissairailla ja osatyökykyisillä sekä arvioida kuntoutuspalveluihin tarvittava rahoitus väestön todellisen tarpeen perusteella. Lisäksi uudistuksessa tulee korjata kuntoutuksen monikanavarahoitus ja luoda maakunnille taloudellinen kannustin panostaa oikea-aikaiseen eri sektorit integroivaan kuntoutukseen huomattavasti nykyistä enemmän.

Kuntoutuksen toimialayhdistys KTAY toteaa, että kuntoutustarve pitää tunnistaa ajoissa ja taata riittävä kuntoutus. Sen edellytyksenä on valtakunnallisesti yhtenäiset saatavuus-, laatu- ja vaikuttavuuskriteerit.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että kuntoutuksen uudistamista viedään osana laajempia sote -palveluiden muutoshankkeita. Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi kuntoutuspalveluiden sisällyttämistä eri hankkeissa kehitettäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Ministeriön johtoryhmä seuraa uudistuksen etenemistä ja sidosryhmillä on mahdollisuus osallistua kaksi kertaa vuodessa pidettävään seurantaseminaariin. Kuntoutus on yksi osa Tulevaisuuden sote-keskusten kehittämistä. Kuntoutustarpeen varhainen tunnistaminen ja kuntoutukseen ohjaus on läpileikkaava teema kaikissa uudistuksissa. Myöhemmässä vaiheessa tarkistetaan kuntoutusta osana substanssilakien sisältöjä kuten terveydenhuoltolakia uudistettaessa.

Ikääntyneiden kuntoutuspalveluita kehitetään osana Ikäohjelmaa. Tulevaisuuden sote-keskushankkeeseen sisältyy muun muassa kotikuntoutuksen ja etäkuntoutuksen toimintamallien käyttöönotto ja kehittäminen. Laajempi sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio lisää mahdollisuuksia tunnistaa kuntoutus- ja palvelutarvetta myös ikäihmisillä. Tämä mahdollistaa kokonaisvaltaisempaa palveluiden kehittämistä.

Työttömille ja osatyökykyisille kehitetään moniammatillisia palveluita sote-keskukseen osana Työkykyohjelmaa ja Tulevaisuuden sote-keskus-ohjelmaa. Työkykyohjelmassa kehitetään myös tuetun työllistymisen palveluita ja yhteistyötä TE-palveluiden ja Kelan kanssa. Lisäksi on käynnistynyt kolmikantainen työskentely sosiaalivakuutusta koskevien lakien muuttamiseksi. Tavoitteena on kehittää mm. varhaista työhön paluuta tukevia etuuksia, kuntoutustarpeen tunnistamista sairauden aikana ja osa-aikaista työskentelyä mahdollistavia etuuksia.

Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt Kuntoutukseen ohjautumisen perusteet –hankkeen osana Tulevaisuuden sote-keskus-ohjelmaa. Tavoitteena on luoda valtakunnalliset yhtenäiset lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjautumisen perusteet, jotka otetaan käyttöön vuonna 2022. Myöhemmin voidaan tehdä vastaavat perusteet myös muihin kuntoutuspalveluihin kuten sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen palvelut.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut monikanavarahoituksen purkamisen selvittämistä varten virkamiehistä koostuvan kuntoutuksen valmisteluryhmän. Valmistelutyötä tehdään myöhemmin käynnistettävän parlamentaarisen valmistelun tueksi. Työryhmä päättää toimintansa toukokuun 2021 lopussa.

Asiakkaansuoja sote-palveluissa

KKV katsoo, että palveluiden käyttäjille tulisi säätää samankaltaiset oikeudet hyvitykseen palveluiden laatua koskevissa virhetilanteissa ja tuoda tältä osin yhtenäiset käytännöt koskemaan kaikkia sote-palveluita niiden järjestämistavasta riippumatta. KKV katsoo, että asiakkaan asema tulisi ottaa huomioon kokonaisuutena siten, että myös asiakkaan oikeus hyvitykseen ja muuhun asiakkaansuojaan varmistetaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että sote-uudistus on rakenneuudistus ja substanssilakeihin tehtävät muutokset valmistellaan erikseen omina kokonaisuuksinaan. Sote-uudistuksessa ei muutettaisi asiakkaansuojaa koskevaa sääntelyä.

Kustannusten hillintä

TEM toteaa, että lakiluonnoksessa ei anneta selkeitä keinoja kustannusten hillintään. Huolestuttavaa on kustannusten nousu. TEM pohtii, mistä rahat tähän saadaan. *EK:n* mukaan hallitus jättää esityksessään menojen kasvun hillinnän toiveiden varaan.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja *valtiovarainministeriö*n vastaus:

Hyvinvointialueiden rahoitusmalli sisältää elementtejä, jotka kannustavat toiminnan tehokkuuteen ja kustannusten hillintään. Rahoitus on laskennallista, rahoituksen etukäteistarkistus tehdään 80 prosenttisesti suhteessa palvelutarpeen kasvuun, kustannusten jälkikäteistarkastus tehdään koko maan tasolla ja mahdolliselle lisärahoituksella voidaan asettaa ehtoja palvelujen laatua, vaikuttavuutta, määrä tai järjestämisen tehokkuutta koskien. Toistuva lisärahoituksen saaminen (kaksi kertaa kolmen perättäisen tilikauden aikana) johtaisi arviointimenettelyn käynnistämiseen.

Myös hyvinvointialueiden yhteistyöalueita koskevalla sääntelyllä (sote-järjestämislaki 35–38 §) varmistettaisiin osaltaan, että sosiaali- ja terveydenhuolto järjestetään kustannusvaikuttavasti. Hyvinvointialueiden investointisuunnitelmaa ja sen hyväksymismenettelyä (hyvinvointialuelaki 15 §, sote-järjestämislaki 25 ja 26 §, pelastustoimen järjestämislaki 11 §) koskevan sääntelyn tarkoituksena olisi osaltaan varmistaa hyvinvointialueiden merkittävien investointien kustannusvaikuttavuus. Lisäksi muulla hyvinvointialueiden talouden ja toiminnan valtion ohjauksella ja seurannalla tuettaisiin hyvinvointialueita kohti tehokkaita ja vaikuttavia toimintatapoja.

Muiden kuin hyvinvointialueiden yhteistyöalueita koskevan sääntelyn osalta edellä mainittuja säännöksiä on selostettu tarkemmin ministeriöiden aiemmin sosiaali- ja terveysvaliokunnalle antamissa välivastineissa.