

Palvelurakennetyöryhmän

LOPPURAPORTTI

KUVAILEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	11.1.2013
Tekijät	Toimeksiantaja
Palvelurakennetyöryhmä	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimeilimen asettamispäivä
	STM020:00/2012, 21.3.2012

Muiston nimi
Palvelurakennetyöryhmän loppuraportti

Tiivistelmä

■ Työryhmä valmisteli keväällä 2012 toimeksiantonsa mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi kolme erilaista mallia, jotka on esitelty työryhmän väliraportissa (STM 17:2012). Johtoryhmänä toimiva sosiaali- ja terveystoiminnallinen ministerityöryhmä valitsi jatkotyön pohjaksi mallin, jossa kunnat tai sosiaali- ja terveydenhuolto alueet vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidon palveluista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut ja nykyisin riittämättömästi toimivien peruspalvelujen vahvistaminen. Uudessa integroidussa ja kaksitasoisessa palvelurakenteessa olisi nykyiseen verrattuna laajempi sosiaali- ja terveydenhuollon perustaso ja tätä täydentävä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen erityisvastuutaso.

Työryhmä toteaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla tarvitaan riittävää väestöpohjaa ja riittäviä tuotantovolyymejä palvelujen laadun ja turvallisuuden takaamiseksi. Palvelujen järjestäjien riittävät väestöpohjat luovat perustan kansallisesti yhdenvertaiselle palvelujärjestelmälle. Työryhmän näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen riittävän väestöpohjan tulisi olla kantokykytekijöistä riippuen vähintään 50 000 - 100 000. Muita kantokykytekijöitä ovat järjestäjän taloudellinen kestävyys ja vakaus, osaamisen turvaaminen, henkilöstön saatavuus ja riittävyys sekä infrastruktuuri.

Työryhmän näkemyksen mukaan perustettavan viiden sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuuta-alueen tehtäviin kuuluu työnjako-, koordinaatio-, suunnittelu- ja viranomaistehtäviä sekä velvollisuus sopia kansallisesti määritellyistä vaativan erityistason palveluista ja varmistaa näiden palveluiden saatavuus. Erityisvastuuta-alueet tarvitsevat tehtäväänsä varten lainsäädäntöön perustuvan toimivallan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta jatketaan vuoden 2013 alussa tehtävällä alueellisella selvityksellä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmistelu aloitetaan maaliskuussa 2013.

Asiasanat

Kuntaliitokset, kuntaliitot, lainsäädäntö, palvelurakenne, sosiaalihuolto, terveydenhuolto, uudistukset

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2012: 30

Muut tiedot
www.stm.fi

ISBN 978-952-00-3267-8
URN:ISBN:978-952-00-3267-8

Kokonaissivumäärä
42

Kieli
Suomi

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	11.1.2013
Författare	Uppdragsgivare
Servicestrukturarbetsgruppen	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM020:00/2012, 21.3.2012

Rapportens titel
Servicestrukturarbetsgruppens slutrapport

Referat

■ Våren 2012 beredde en arbetsgrupp enligt uppdrag tre modeller för servicestrukturen inom social- och hälsovården, och de presenteras i arbetsgruppens lägesrapport. (STM 17:2012). En social- och hälsovårdspolitisk ministergrupp fungerade som ledningsgrupp och valde som underlag för det fortsatta arbetet den modell där kommunerna eller social- och hälsovårdssektorerna ansvarar för att i utvidgad form ordna tjänster på primärnivå och dessutom en betydande del av specialsjukvården.

Syftet med servicestrukturen inom social- och hälsovården är att förenhetliga social- och hälsovårdstjänsterna och stärka basservicen som i dagsläget fungerar otillfredsställande. Jämfört med den nuvarande modellen skulle den nya integrerade servicestrukturen ha två nivåer, det vill säga en mer omfattande primärnivå för social- och hälsovården som kompletteras av en specialnivå för gemensamma särskilda tjänster.

Arbetsgruppen konstaterar att primärnivån inom social- och hälsovården kräver ett tillräckligt befolkningsunderlag och tillräckligt stora produktionsvolymerna för att säkerställa att tjänsterna är trygga och håller hög kvalitet. I och med att serviceproducenterna har ett tillräckligt befolkningsunderlag skapas grunden för ett likvärdigt servicesystem. Arbetsgruppen anser att arrangemanget för social- och hälsovården kräver ett befolkningsunderlag på minst 50 000–100 000 beroende på olika faktorer, så som serviceproducentens ekonomiska bärkraft och stabilitet, tillgången på kompetent personal och infrastrukturen.

Enligt arbetsgruppen skulle fem specialansvarsområden inom social- och hälsovården grundas med uppgift att ha hand om arbetsfördelning, samordning, planering och myndighetsuppgifter samt med skyldighet att avtala om nationellt fastställda tjänster på hög specialnivå och säkerställa tillgången på dessa tjänster. Specialansvarsområdena behöver lagstadgade befogenheter för att fullfölja uppgiften.

Arbetet med servicestrukturen inom social- och hälsovården fortsätter i form av en regional utredning som genomförs i början av år 2013. Beredningen av social- och hälsovårdens organisationslag inleds i mars 2013.

Nyckelord

Hälsovård, kommunsammanslagningar, lagstiftning, reformer, samkommuner, servicestruktur, socialvård

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:30

Övriga uppgifter
www.stm.fi/svenska

ISBN 978-952-00-3267-8
URN:ISBN:978-952-00-3267-8

Sidoantal
42

Språk
Finska

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 21.3.2012 työryhmän, jonka tehtävänä on valmistella ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi sekä valmistella lakia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, rahoittamisesta, kehittämisestä ja valvonnasta. Työryhmän toimikausi on 22.3.2012–31.12.2012.

Työryhmän tehtävänä oli toimeksiannon mukaan valmistella esitys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi ottaen huomioon hallitusohjelman kirjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta. Työryhmän tuli tehdä tulevaisuuden palvelurakenteeksi vähintään kolme erilaista mallia, joista hallitus valitsee poliittisella päätöksellä sopivimman ottaen huomioon hallitusohjelman kirjaukset ja muut hallituksen linjaukset kunta- ja palvelurakenteesta. Työryhmän tuli toimeksiannon mukaan antaa esityksensä väliraportin muodossa toukokuussa 2012. Työryhmä sai kolmen viikon lisäajan väliraportin arvioinnin viimeistelyä varten.

Lisäksi työryhmän toimeksiantoon kuului valmistella edellä mainittuun lakiin liittyviä osakokonaisuuksia, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa koskeva sääntely, sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä koskevat rakenteet sekä tutkimuksen ja koulutuksen valtionkorvauksia koskevat rakenteet sekä uuteen palvelurakenteeseen liittyvät potilas- ja asiakastietojen käsittelyyn sekä tietosuojaan liittyvät kysymykseen. Kunnallisen terveyspalvelujärjestelmän ja sairausvakuutusjärjestelmän yhteensovittamista selvitetään sosiaali- ja terveysministeriön jo aiemmin asettamassa työryhmässä.

Työryhmän työn johtoryhmänä toimi sosiaali- ja terveystieteiden ministerityöryhmä.

Työryhmän puheenjohtajaksi ministeriö nimesi kansliapäällikkö Kari Välimäen ja varapuheenjohtajaksi valtiosihteeri Sinikka Näätäsaaren sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Ministeriö nimesi työryhmän puheenjohtajaksi 21.8.2012 alkaen valtiosihteeri Sinikka Näätäsaaren Kari Välimäen siirryttyä uusiin tehtäviin.

Työryhmän jäseniksi nimettiin:

Pia Pohja, valtiosihteeri, sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmän jäsen 28.6.2012 alkaen

Päivi Sillanaukee, osastopäällikkö, ylijohtaja, 1.10.2012 alkaen kansliapäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmän varapuheenjohtaja 28.6.2012 alkaen

Aino-Inkeri Hansson, osastopäällikkö, ylijohtaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Anja Kairisalo, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö (raportin valmistumisen aikaan virkavapaalla)

Päivi Laajala, osastopäällikkö, ylijohdaja, valtiovarainministeriö
 Marina Erhola, ylijohdaja, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
 Tuula Haatainen, varatoimitusjohtaja, Suomen Kuntaliitto
 Riitta Särkelä, johtaja, SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry
 Hannu Leskinen, johtaja, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
 Pentti Itkonen, toimitusjohtaja, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri
 Kari Nenonen, kaupunginjohtaja, Vantaa
 Kati Myllymäki, johtava ylilääkäri, Kouvolan terveyskeskus
 Tiina Perä, johtava ylilääkäri, Seinäjoen terveyskeskus
 Juha Metso, perusturvajohtaja, Espoo
 Sanna-Tuulia Lehtomäki, sosiaali- ja terveysjohtaja, Raisio
 Rauno Ihalainen, sairaanhoitopiirin johtaja, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
 Matti Ansala, apulaiskaupunginjohtaja, Rovaniemi
 Maire Ahopelto, sosiaali- ja terveysjohtaja, Kainuun maakunta -kuntayhtymä
 Taru Kuosmanen, tilaajapäällikkö, Tampere
 Harry Yltävä, vammaispalvelujen johtava sosiaalityöntekijä, Raasepori
 Göran Honga, sairaanhoitopiirin johtaja, Vaasan sairaanhoitopiiri
 Helena Lahtinen, perusturvajohtaja, Kuortane
 Jorma Penttinen, johtajaylilääkäri, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
 Laura Rätty, apulaiskaupunginjohtaja, Helsinki
 Heikki Hiilamo, tutkimusprofessori, Kela
 Asiantuntija Tarja Kauppila, johtaja, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus
 Asiantuntija Aulikki Kananoja, ylisosiaalineuvos
 Työryhmää täydennettiin 5.9.2012 nimeämällä jäseneksi Aki Linden, toimitusjohtaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Työryhmän sihteeristöksi nimettiin:

Kari Haavisto, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
 Raimo Jämsén, finanssineuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
 Pekka Järvinen, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
 Jukka Mattila, lääkintöneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
 Taina Mäntyranta, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
 Päivi Salo, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
 Päivi Voutilainen, sosiaalineuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
 Eija Koivuranta, osastopäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö
 Liisa-Maria Voipio-Pulkki, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö
 Riitta-Maija Jouttimäki, hallitusneuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
 Kerttu Perttilä, neuvotteleva virkamies, sosiaali- ja terveysministeriö
 Sihteeristöä täydennettiin 5.9.2012 nimeämällä siihen Taru Koivisto, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö
 Kerttu Perttilän tilalle sihteeristöön nimettiin 13.11.2012 Kristiina Poikajärvi
 Samalla sihteeristöä täydennettiin nimeämällä siihen
 Olli Kerola, apulaisosastopäällikkö, sosiaali- ja terveysministeriö
 Annakaisa Iivari, johtaja, sosiaali- ja terveysministeriö
 Aune Turpeinen, sosiaalineuvos, sosiaali- ja terveysministeriö
 Jyrki Huikari, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö

Työryhmälle nimettiin lisäksi asiantuntijaryhmä.

Työryhmä on kokoontunut 18 kertaa.

Helsingissä 11 päivänä tammikuuta 2013

Sinikka Näätsaari

Pia Pohja

Päivi Sillanaukee

Aino-Inkeri Hansson

Päivi Laajala

Marina Erhola

Tuula Haatainen

Riitta Särkelä

Hannu Leskinen

Pentti Itkonen

Kari Nenonen

Kati Myllymäki

Tiina Perä

Juha Metso

Sanna-Tuulia Lehtomäki

Rauno Ihalainen

Matti Ansala

Maire Ahopelto

Taru Kuosmanen

Harry Yltävä

Göran Honga

Helena Lahtinen

Jorma Penttinen

Laura Rätty

Heikki Hiilamo

Aki Linden

SISÄLLYS

1 Johdanto	11
2 Aiemmat linjaukset.....	13
3 Perustuslain reunaehdoja.....	15
3.1 Kielelliset oikeudet.....	15
4 Työryhmän ehdotukset tulevaksi palvelurakenteeksi.....	17
4.1 Uusi perustaso ja sen edellyttämä väestöpohja	18
4.2 Perustason muut kantokykyvaatimukset	19
4.3 Erytysvastuutaso	21
5 Muut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin liittyvät liitännäiskysymykset.....	24
5.1 Ohjaus ja valvonta	24
5.2 KehittämISRakenteet.....	25
5.3 Tutkimuksen ja koulutuksen valtion korvaukset	25
5.4 Potilas- ja asiakastietojen käsittely sekä tietosuojaja	26
6 Näkökohtia uuden palvelurakenteen toimeenpanosta.....	28
6.1 Omaisuusjärjestelyt	28
6.2 Henkilöstön asema.....	29
7 Jatkotyö.....	30
Eriävä mielipide	34
Täydentävä lausuma	38

1 JOHDANTO

Työryhmä antoi sosiaali- ja terveystoiminnalle ministerityöryhmälle välijohtopäätökset 31.5.2012 sekä luovutti sosiaali- ja terveysministeriölle ministerityöryhmässä käsitellyn väliraportin 27.6.2012, jota varten se toimeksiantonsa mukaisesti valmisteli palvelurakenneuudistusta varten kolme mallia. Sosiaali- ja terveystoiminnallinen ministerityöryhmä valitsi jatkotyön pohjaksi työryhmän esittämän mallin C, jossa kunnat tai sosiaali- ja terveydenhuollon alueet vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidosta.

Tämä työryhmän loppuraportti täydentää edellä mainittua väliraporttia. Näin ollen työryhmä ei loppuraportissa toista väliraportissa jo esitettyjä C-mallin kuvauksia ja perusteluja vaan täsmentää valittua mallia sekä uuden laajemman perustason sekä erityisvastuutason työnjaon että perustasolta edellytettävien kantokykyvaatimusten osalta.

Työryhmän työtä on ohjannut sekä hallitusohjelma että sosiaali- ja terveystoiminnallinen ministerityöryhmä, joka on toiminut työryhmän johtoryhmänä. Palvelurakenneuudistus on hallitusohjelmassa kytketty kuntarakenneuudistukseen. Näin ollen kuntauudistuksen tavoitteet ovat vaikuttaneet myös palvelurakenneselvityksen tekemiseen. Koska poliittiset linjaukset ovat rajanneet työryhmän toimeksiantoa, eivät ehdotukset perustu puhtaaseen asiantuntijanäkemykseen vaan ehdotuksessa on pyritty annettujen linjausten puitteissa hakemaan poliittisesti toteutettavissa olevaa ratkaisua. Näitä linjauksia on kuvattu tiivistettynä luvussa kaksi. Johtoryhmän 13.12.2012 linjauksia ei ole ehditty ottaa työryhmän käsittelyyn ennen loppuraportin kirjoittamista. Työryhmä katsoo, että annetussa aikataulussa ei ole mahdollista esittää lopullista ehdotusta palvelurakenteesta. Tästä syystä työryhmän mielestä jatkotyötä varten asetetun selvityshenkilötyöryhmän keskeinen tehtävä on työstää kuvaus syntyvien sosiaali- ja terveydenhuoltoalueiden (sote-alue) rakenteesta, hallinnosta sekä rahoituksesta.

Perustuslaista johtuvia reunaehdoja on kuvattu lyhyesti luvussa kolme.

Työryhmän ehdotuksen tavoitteena on uudistusta varten annettujen linjausten puitteissa integroida mahdollisimman laajasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja hallinnollisesti sekä horisontaalisesti (sosiaalihuolto ja terveydenhuolto) että vertikaalisesti (perustaso ja erityistaso). Jotta tämä integraatio olisi mahdollista, tulee uudenlaisen laajan palvelukokonaisuuden järjestäjällä olla riittävä kantokyky tehtävän hoitamiseksi. Työryhmän ehdotukset uudeksi palvelurakenteeksi sekä siihen liittyviksi kantokykyvaatimuksiksi on kuvattu luvussa neljä.

Väliraportin lailla ehdotuksia käsitellään loppuraportissa järjestämisvastuun toteuttamisen näkökulmasta. Palvelujen tuotantotavoista päättäminen kuuluu järjestämisvastuun kantavalle taholle ja palvelutuotanto voidaan ratkaista monella tavalla.

Työryhmän toimeksiantoon kuului valmistella uuden palvelurakenteen valmistelun ohella järjestämislakiin liittyviä osakokonaisuuksia. Nämä osakokonaisuudet ovat olennaisesti riippuvaisia siitä, millainen uusi palvelurakenne tulee olemaan eikä työryhmä ole käytettävissä olleen ajan puitteissa voinut tarkastella muita liitännäiskysymyksiä. Lukuun viisi on koottu näistä osakokonaisuuksista eräitä työn kuluessa esiin nousseita näkökohtia.

Lukuun kuusi on koottu uudistuksen toimeenpanoon eräitä näkökohtia, jotka ovat nousseet esiin työryhmän työskentelyn kuluessa.

Lukuun seitsemän on koottu jatkotyössä huomioon otettavia näkökohtia.

Raportin liitteenä erikseen ovat Valtakunnallisen kansanterveystyön johtajaverkoston julkilausuma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, yliopistollisten sairaanhoitopiirien johtavien viranhaltijoiden työryhmän kannanotto sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseen sekä sosiaalialan osaamiskeskusjohtajien ja valtakunnallisen sosiaalityön yliopistoverkoston Sosnetin johtoryhmän esitys sosiaalihuollon tutkimuksen, koulutuksen ja kehittämisen tarpeista.

2 HALLITUSOHJELMAN JA HALLITUKSEN LINJAUKSET

Hallitusohjelman mukaan ”sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden varmistamiseksi ja rahoituksen turvaamiseksi tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja peruskuntia. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja rahoittamiseen kykenevän vahvan kunnan vaihtoehtona voidaan tarvittaessa antaa mahdollisuus poikkeusmenettelyyn, jossa kunnat yhdessä voivat muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä, väestöpohjaltaan riittävän suuria sosiaali- ja terveydenhuoltoalueita. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen toteutus selvitetään osana kunta- ja palvelurakenneselvitystä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu on hallitusohjelman linjausten mukaan samalla organisaatiolla (kunta tai sote-alue). Kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista sekä osasta erikoissairaanhoidon tehtäviä (esimerkiksi nk. peruserikoissairaanhoido) sekä vastaavasti sosiaalihuollon tehtävistä tavoitteena mahdollisimman laajan palvelukokonaisuuden muodostuminen. Tarkoituksenmukaisen työnjaon perusteella määriteltävistä erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tehtävistä kunnat ja sote-alueet vastaavat yhdessä. Sairaanhoidopiirien ja erityishuoltopiirien palvelutuotantoa käytetään täydentämään kuntien ja sote-alueiden palveluja.

Kuntien ja sote-alueiden yhteisiä tehtäviä varten on hallitusohjelman mukaan viisi erityisvastuualuetta (erva). Erva-alueen tehtäviin kuuluvat muun muassa vaativat keskitettävät terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut sekä alueellaan tutkimukseen, kehittämiseen ja koulutukseen liittyviä tehtäviä.”

Palvelurakennetyöryhmä valmisteli keväällä 2012 tulevaksi palvelurakenteeksi kolme mallia, joista sosiaali- ja terveystoiministerityöryhmä valitsi toukokuun 2012 lopussa jatkotyön pohjaksi mallin, jossa kunnat tai sosiaali- ja terveydenhuollon alueet vastaavat laajennetusta perustason palvelujen järjestämisestä mukaan lukien merkittävä osa erikoissairaanhoidosta. Malli edellyttää, että sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä jatkossa riittävän suurissa kokonaisuuksissa. Muuten julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuutta ei pystytä turvaamaan.

Hallituksen iltakoulu totesi kesäkuun alussa, että kuntien ja mahdollisten sote-alueiden vastuuta palvelujen järjestämisessä lisätään. Uudistuksella vahvistetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä integraatiota. Näin luodaan mahdollisimman laajat palvelukokonaisuudet, vähennetään byrokratiaa ja vahvistetaan peruspalveluja. Palvelut on järjestettävä nykyistä vaikuttavammin ja tehokkaammin ja turvattava hoitoketjut, jotta väestö voi saada yhdenvertaisia ja laadukkaita palveluja. Muun muassa työnjako-, koordinaatio-, suunnittelu- ja viranomaistehtäviä varten on viisi erityisvastuualuetta. Erityisvastuualueiden rooli ja tehtävät tarkennetaan jatkotyössä niin, että kuntien asema palvelujen järjestäjänä vahvistuu. Jatkotyössä otetaan huomioon alueelliset erityispiirteet ja kuntauudistuksen aikataulu. Samassa yhteydessä korostettiin, että uudistuksella turvataan kuntalaisten oikeus lähipalveluihin.

Hallinnon ja aluekehityksen ministerityöryhmä linjasi 27.6.2012 kuntarakenteen kuntauudistusta ohjaavat kriteerit. Palvelu- ja väestöpohjakriteereiden tarkoituksena on hallitusohjelman mukaisesti turvata kuntarakenne, joka turvaa palvelujen järjestämisen yhdenvertaisesti koko maassa sekä vahvistaa kuntien edellytyksiä vastata itse-

näisesti peruspalvelujen järjestämisestä. Tarkoituksena on lisäksi vahvistaa ja edistää kuntataloudeltaan vakaampien kuntien muodostamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta kunnan väestöpohjan on oltava ministeriryhmän linjausten mukaan vähintään noin 20 000 asukasta. Väestöpohja luo mahdollisuudet omaan palvelutuotantoon, matalan kynnyksen palveluihin sekä lähipalveluihin. Tämä vähimmäisväestöpohja ei kuitenkaan riitä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatioon.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriryhmä totesi 15.11.2012 linjauksissaan, että tässä vaiheessa ei voida vielä linjata yksiselitteisesti, miten suuri väestöpohja vaaditaan siihen, että perustason ja erikoistason palvelut voidaan integroida. Tähän vaikuttavat alueelliset eroavaisuudet ja alueen kantokyky sekä kielelliset olosuhteet. Lähtökohtana on kuitenkin pidettävä riittävää väestöpohjaa, joka osaltaan tasapainottaa esimerkiksi palvelutarpeen vaihteluja. Tavoitteena on, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestäminen ja tuottaminen on samassa organisaatiossa, mutta yksiselitteinen väestöpohjavaatimus yksistään ei riitä tavoitteen saavuttamiseksi kaikkialla Suomessa. Riittävän vahvalla palvelujen järjestäjällä on tosiasialliset mahdollisuudet viedä palveluja ihmisten lähelle myös uudentavalla tavalla, esimerkiksi liikkuvina tai sähköisinä palveluina. Uudistuksella turvataan kuntalaisten oikeus lähipalveluihin.

Marraskuun linjausten mukaan uudistuksella parannetaan väestön yhdenvertaista pääsyä oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin, vahvistetaan palvelu- ja hoitopolkujen toimivuutta, vähennetään tarpeetonta päällekkäisyyttä sekä puretaan hallinnonalojen välisiä raja-aitoja. Kuntien järjestämisvastuulla olevat palvelut tuotetaan asiakaslähtöisesti sekä laadukkaalla ja kustannusvaikuttavalla tavalla. Kunta voi tuottaa palvelut itse, yhdessä toisten kuntien kanssa tai ostaa ne toiselta kunnalta tai yksityisiltä palvelutuottajilta (yritykset, järjestöt, säätiöt) tai antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin. Yksityinen ja kolmas sektori täydentävät kuntien palveluja.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriryhmän linjaukset edellyttävät tarkempia alueellisia selvityksiä ja jatkotyön tueksi on 23.11.2012 asetettu selvityshenkilöryhmä. Selvityshenkilöiden tehtävänä on alueen kuntien ja olemassa olevien yhteistoimintamallien erityispiirteiden kartoitus ja ratkaisuehdotusten esittäminen.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriryhmä linjasi 13.12.2012, että laajan perustason tehtävien järjestämisvastuun kantaminen siten, että kunta tai sote-alue kykenee huolehtimaan asukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon perusoikeuksien yhdenvertaisesta toteuttamisesta, edellyttää riittävää väestöpohjaa. Tarkempi arvio edellyttää muiden kantokykytekijöiden ja erityispiirteiden huomioon ottamista. Laajan perustason, joka sisältää myös erityispalveluja, palvelutarpeeseen vastaaminen edellyttää vähintään noin 50 000–100 000 väestöpohjaa. Jos kunnan väestö on vähintään noin 20 000 asukasta ja sillä on muutenkin riittävä kantokyky, kunnalla on mahdollisuus järjestää joitakin peruspalveluja itse. Tällöin muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus on turvattava yhteistyössä muiden kuntien kanssa kuulumalla sote-alueeseen. Jos kunnan väestö on alle 20 000, sen tulee kuulua sote-alueeseen eikä sillä ole itsenäistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta.

3 PERUSTUSLAIN REUNAEHTOJA

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa on turvattu oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Säännöksen tarkoittama huolenpito tarkoittaa riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja. Perustuslain 19 §:n 3 momentissa on julkiselle vallalle säädetty velvoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain 19 §:n 3 momenttia täydentävät sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön, kuten sosiaalihuoltolain, kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon säännökset kuntien yleisestä palvelujen järjestämisvelvollisuudesta.

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

Muut perusoikeussäännökset määräävät osaltaan tapaa, jolla sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisvelvollisuus on täytettävä. Perustuslain säännöksiä, jotka erityisesti koskevat myös sosiaali- ja terveyspalveluja ovat esimerkiksi yhdenvertaisuus ja syrjinnän kieltäminen (6 §), oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja turvallisuuteen (7 §), yksityiselämän suoja (10 §), uskonnon ja omantunnon vapaus (11 §), tallennejulkisuus (12 §), itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisoikeus (14.3 §) sekä kielelliset oikeudet (17 §).

Perustuslain 121 §:ssä on kunnille vahvistettu itsehallinto. Perusoikeuksien toteuttaminen edellyttää, että kunnille annettavista tehtävistä ja velvoitteista on säädettävä lailla. Itsehallinnon on tarkoitettu suojaavan myös kuntien oikeutta päättää omasta taloudestaan. Perustuslain 121 §:n 3 momentissa verotusoikeus on nimenomaan mainittu kunnallisen itsehallinnon keskeisenä perustekijänä. Kun kunnille säädetään uusia tehtäviä, on samalla huolehdittava myös siitä, että kunnilla on tosiasialliset edellytykset suoriutua niistä. Valtio osallistuu valtionosuusjärjestelmän kautta niihin kustannuksiin, jotka kunnille muodostuvat, kun ne järjestävät lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

3.1 KIELELLISET OIKEUDET

Kielellisiin oikeuksiin ja niiden turvaamiseen liittyvät useat perustuslain säännökset. Suomen ja ruotsin kielen asemasta kansalliskielinä säädetään perustuslain 17 §:n 1 momentissa. Kansalliskielten määrittely on kytketty perustuslaissa oikeuteen käyttää kieliä viranomaisasioiden sekä julkisen sektorin velvollisuuteen huolehtia suomen- ja ruotsinkielisten kielellisten oikeuksien toteutumisesta perusoikeuksien yhteydessä.

Perustuslain 17 §:n 2 momentin mukaan ”jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla”. Perustuslakiin sisältyy näin ollen laki-varaus kielellisten perusoikeuksien turvaamiseksi. Kielellisiä oikeuksia täsmennetään ennen kaikkea kielilaissa (423/2003), mutta myös runsaassa erityislainsäädännössä.

Perustuslain 17 §:n 2 momentin mukaan ”julkisen vallan on huolehdittava maan suomen- ja ruotsinkielisen väestön sivistyksellisistä ja yhteiskunnallisista tarpeista samanlaisten perusteiden mukaan”. Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa kielen perusteella. Molemmat säännökset ilmentävät lainsäätäjän pyrkimystä varmistaa kansalliskielten tosiasiallinen yhdenvertaisuus. Säännösten sanamuodot eivät kuitenkin tarkoita matemaattista yhdenvertaisuutta tai edellytä käytännössä palvelujen järjestämistä identtisesti samalla tavalla taikka samasta palvelupisteestä. Palvelua eri kieliryhmille voidaan esimerkiksi antaa eri kielellisin perustein eri palvelupisteistä. Palvelujen antamista voidaan esimerkiksi kielellisistä syistä keskittää tiettyihin yksiköihin taikka yksiköiden sisällä ohjata tiettyille ammattihenkilöille tai osastoille, kunhan asiakkaiden ja potilaiden oikeudet omakielisiin palveluihin toteutuvat lainsäädännön mukaisesti. Kielelliset oikeudet eivät myöskään tarkoita sitä, että kaikkien työntekijöiden täytyisi hallita molempia kansalliskieliä.

Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana sekä romaneilla ja muilla ryhmillä on momentin mukaan oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamelaisten oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa säädetään lailla. Viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla.

Kielelliset oikeudet liittyvät myös hyvän hallinnon periaatteiden varmistamiseen. Perustuslain 21 §:ssä säädetään hyvän hallinnon takeista, joista säädetään tarkemmin lailla. Kielilain mukaan valtion ja kaksikielisten kuntien viranomaisissa edellytetään, että hallinto toimii ja palvelua annetaan niin suomen kuin ruotsinkin kielellä. Näissä viranomaisissa perustuslain voidaan katsoa edellyttävän, että hallinnon on oltava laadullisesti yhtä hyvää sekä käytännössä saatavissa suomen- ja ruotsinkieliselle väestölle samanlaisin perustein.

Perustuslain 122 §:n mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejaotuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisten väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Säännöksen tarkoituksena ei ole ensisijaisesti varmistaa yksikielisten yksiköiden muodostaminen, vaan ennen kaikkea turvata palvelut niin suomen kuin ruotsinkin kielellä.

Kielilaki koskee yleislakina sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa, tiedottamista ja päätöksentekoa. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon osalta on kielellisistä oikeuksista säädetty erikseen erityislainsäädännössä eritoten ns. hoito- ja palvelukielen osalta. Yleissääntönä on, että potilasta hoidettaessa käytettävä kieli ja sosiaalihuollon asiakkaan palvelukieli määräytyvät erityislainsäädännön kielisäännösten nojalla. Hallintokieli eli kieli, jolla mm. päätökset laaditaan, määräytyy kielilain ja julkisyhteisöjen henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta annetun lain (424/2003) nojalla.

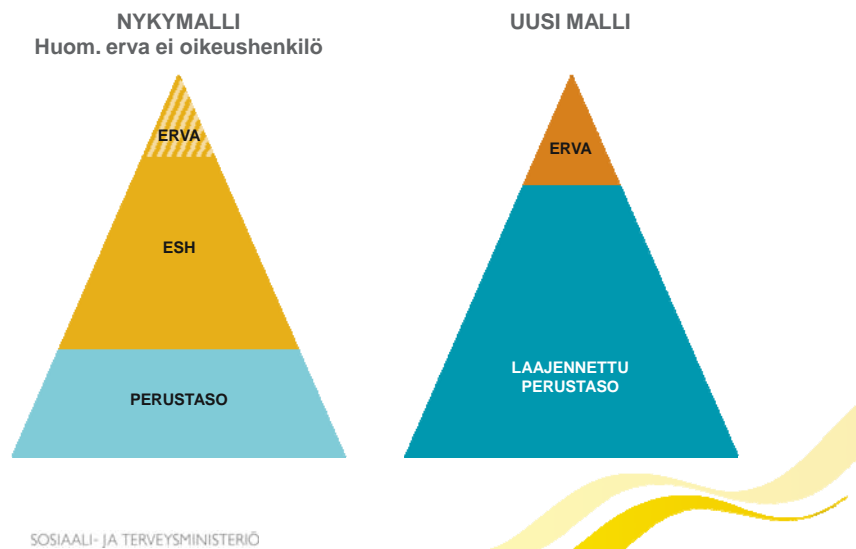
4 TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET TULEVAKSI PALVELURAKENTEESI

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksen tavoitteena ovat yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut sekä nykyisin riittämättömästi toimivien peruspalvelujen vahvistaminen.

Tärkein haaste on hyvinvoinnin ja terveyserojen kaventaminen sekä painopisteen siirtäminen ehkäiseviin ja oikea-aikaisiin palveluihin.

Uudistuksella parannetaan väestön yhdenvertaista pääsyä oikea-aikaisiin ja tarpeenmukaisiin palveluihin, vahvistetaan ja monipuolistetaan lähipalveluja, parannetaan asiakaskeskeisten palvelu- ja hoitopolkujen toimivuutta, vähennetään tarpeetonta palvelutarjonnan päällekkäisyyttä ja kilpavarustelua sekä puretaan hallinnonalojen välisiä raja-aitoja.

Tavoitteena on kaksitasoinen integroitu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen rakenne. Uudessa palvelurakenteessa olisi nykyiseen verrattuna laaja sosiaali- ja terveydenhuollon perustaso. Tätä laajennettua perustasoa täydentäisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen erityisvastuutaso.



4.1 UUSI PERUSTASO JA SEN EDELLYTTÄMÄ VÄESTÖPOHJA

Perustason vastuulla olisi koko sosiaali- ja terveydenhuolto lukuun ottamatta niitä palveluja, jotka erikseen säädetään erityisvastuutason tehtäväksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä sääntelevää lainsäädäntökokonaisuutta on kuvattu liitteessä 1.

Palvelujen laadun ja turvallisuuden vuoksi tarvitaan riittäviä tuotantovolyymejä. Riittävä väestöpohja myös tasaa alueiden välisiä palvelutarpeiden eroja sekä lisää palvelujen järjestäjän talouden vakautta. Näin ollen palvelujen järjestäjien riittävät väestöpohjat luovat perustan kansallisesti yhdenvertaisille palveluille.

Myös kuntien ja sote-alueiden sisällä on huolehdittava palvelujen oikeudenmukaisesta saavutettavuudesta myös harvaan asutuilla alueilla. Työryhmä korostaa monipuolisten lähipalvelujen (ml. liikkuvat ja sähköiset palvelut) turvaamista uudessa palvelurakenteessa. Työryhmän näkemyksen mukaan laadukkaiden ja kattavien lähipalvelujen järjestämiseksi tarvitaan edellä mainittu suurempi väestöpohja. Lähipalvelujen turvaaminen on varmistettava tarkoituksenmukaisin osin lainsäädännöllä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asianmukaiseen järjestämiseen riittävän väestöpohjan tulisi työryhmän näkemyksen mukaan olla mainituista kantokykitekijöistä ja alueesta riippuen vähintään 50 000–100 000. Työryhmän arvion mukaan vasta tällä väestöpohjalla voitaisiin edistää sosiaali- ja terveydenhuollon integraation toteuttamista ja laajempaa perustasoa sekä riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistä yhdenvertaisesti ja laadukkaasti eri alueiden asiakkaille tai potilaille.

Mainittu väestöpohja mahdollistaa muista kantokykitekijöistä riippuen ympärivuorokautiseen perustason päivystyksen, johon kuuluisi sairaanhoidon päivystyksen lisäksi sosiaalipäivystys lastensuojelun ja päihdehuollon päivystyksineen. Integroidun perustason päivystyksen kannalta olisi tärkeää, että mielenterveyden ongelmien hoitoon olisi riittävä päivystyksellinen valmius. Edellä mainitulla väestöpohjalla olisi mahdollista vastata perustason palvelujen tueksi tarvittavasta, tavanomaisesta ja usein tarvittavasta erikoissairaanhoidosta (mm. geriatria, sisätaudit, osa elekttiivistä kirurgi-aa).

Työryhmän näkemyksen mukaan 20 000 asukkaan väestöpohja voi olla riittävä kunnan muihin tehtäviin, mutta ei mahdollista väestön tarpeet huomioon ottavan integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamista. Nykyisen lainsäädännön mukaiset noin 20 000 väestöpohjan kokoiset alueet eivät ole pystyneet kaikkialla järjestämään asianmukaisesti edes nykyisiä kunnan vastuulle kuuluvia perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluja.

Työryhmä toteaa, että hallinnon- ja aluekehityksen ministerityöryhmä linjasi 27.6.2012, että sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta kunnan väestöpohjan on oltava ministerityöryhmän linjausten mukaan vähintään noin 20 000 asukasta. Ministerityöryhmän mukaan em. väestöpohja luo mahdollisuudet omaan palvelutuotantoon, matalan kynnyksen palveluihin sekä lähipalveluihin. Tämä vähimmäisväestöpohja ei kuitenkaan riitä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatioon. Sosiaali- ja terveystalveluittinen ministerityöryhmä linjasi 13.12.2012, että jos kunnan väestö on vähintään noin 20 000 asukasta ja sillä on muutenkin riittävä kantokyky, kunnalla on mahdollisuus järjestää joitakin peruspalveluja itse. Tällöin muiden sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuus on turvattava yhteistyössä muiden kuntien kanssa kuulumalla sote-alueeseen. Jos kunnan väestö on alle 20 000, sen tulee kuulua sote-alueeseen eikä sillä ole itsenäistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuuta.

Työryhmän näkemyksen mukaan lakisääteisten palvelujen perusteiden tulee olla yhdenmukaiset sote-alueella myös silloin, kun siihen mainittujen linjausten mukais-

ti kuuluvalla vähintään 20 000 asukkaan kunnalla voisi olla osittainen järjestämisvastuu peruspalveluista. Sote-alueen yhteisin päätöksin tulee varmistaa palvelujen aukottomuus ja ehkäistä päällekkäisyyksiä. Kustannusten jako sote-alueella tulee päättää siten, että peruspalvelujen ja erityispalvelujen kesken ei synny osioiminnin mahdollisuuksia. Näiden tavoitteiden tueksi tarvitaan lainsäädäntöä ja muita ohjauskeinoja, jotka tulee tarkentaa jatkovalmistelussa.

Vaativampien palvelujen järjestämisessä tarvitaan perustason järjestämisvastuullisten toimijoiden sopimusyhteistyötä ja erva-yhteistyötä. Myös näissä palveluissa on haasteena palveluverkon aukottomuus ja kilpavarustelun ehkäiseminen. Ainakin sairaalaverkko ja sen tiheys ja mahdollisesti myös omistussuhteet sekä palvelujen rahoitusmallit ja hinnoitteluperusteet sekä vaativat sosiaalihuollon palvelut edellyttävät lainsäädäntöä tai muita ohjauskeinoja valtiolle ja/tai erva-alueille. Myös näitä on selvitettävä jatkovalmistelussa.

Kantokikytekijöiden lisäksi tulevalta palvelurakenteelta on edellytettävä *alueellista eheyttä* siten, ettei synny palvelukatveita (kuntia tai sote-alueita, jotka eivät suoriudu järjestämisvelvoitteestaan) tai merkittäviä palvelutarjonnan päällekkäisyyksiä (kilpavarustelu).

Lisäksi tulevassa lainsäädäntötyössä tulee ottaa huomioon alueelliset erityispiirteet esimerkiksi kielellisten oikeuksien turvaamiseksi siten, että perustuslaissa turvatut oikeudet riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin samalla turvataan myös näiden alueiden väestölle yhdenvertaisesti.

Työryhmän näkemyksen mukaan kunnille tulisi säätää lakisääteinen velvoite kuulua sote-alueeseen, jollei kunta täytä yksinään kaikkia edellä mainittuja kriteereitä. Myös sellaisella kunnalla, joka yksinään täyttää edellä mainitut kriteerit, tulee olla velvollisuus kuulua sote-alueeseen, jos alueella ei saada muutoin kokonaisuutena kantokyvyltään riittäviä järjestämisvastuun kantajia. Sote-alueen hallinto voitaisiin toteuttaa joko vastuukuntamallilla tai kuntayhtymänä. Tästä mallista tulisi päättää yhteisesti alueen kuntien kesken tätä organisointia varten säädettävällä päätöksentekomenettelyllä.

Sote-alueen palvelujen rahoitusmallin on toteutettava alueen kuntien väestön yhdenvertaisuutta.

4.2 PERUSTASON MUUT KANTOKYKYVAATIMUKSET

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun minimiedellytyksiä ei voida alueiden erilaisuuden vuoksi säätää pelkästään väestömäärään sidottuna. Järjestämisvastuu edellyttää riittävää kantokykä, jota määrittävät riittävän väestöpohjan lisäksi seuraavat tekijät:

- talouden kestävyys ja vakaus,
- riittävä osaaminen,
- ammattihenkilöstön riittävyys ja saatavuus,
- tarvittava infrastruktuuri

Talouden kestävyys: Tavoitteena tulee olla, että järjestämisvastuussa oleva pystyy rahoittamaan tulorahoituksellaan pääosan palveluistaan. Talouden kestävyyttä voidaan kuvata mm. omien verotulojen määrällä asukasta kohti laskettuna. Talouden kestävyyttä rasittaa väestön keskimääräistä suuremmat palvelutarpeet. Näitä voidaan

mitata (mm. työllisyydellä, 75 vuotta täyttäneiden osuudella väestöstä, sairastavuusindeksillä, toimeentulotuen saajien määrällä, huostaan otettujen lasten määrällä, taloudellisella huoltosuhteella). Vakaat verotulot ja monipuolinen elinkeinorakenne tuovat talouden kestävyttä. Eri alueiden erilaisten rahoitusmahdollisuuksien ja palvelutarve-erojen vuoksi valtionosuusjärjestelmää tarvitaan tulevaisuudessakin tasamaan alueiden välisiä rahoituskykyeroja.

Talouden vakaus: Palvelujen rahoituskyky ei saa vaarantua yksittäisten tulopohjaan vaikuttavien ratkaisujen tai yksittäisten palvelupäätösten seurauksena. Palvelujen järjestäjän talouden tulee olla vakaa, etteivät esimerkiksi kunnan kokoon nähden kohdalaisen kokoisen yksittäisen työnantajan toiminnan muutokset tai esimerkiksi yksittäisten perheiden lasten huostaanotto aiheuta palvelukokonaisuuden rahoittamisen vaikeuksia. Talouden vakautta koskevia tutkimuksia voidaan hyödyntää jatkotyössä, kun arvioidaan muodostettavia järjestämisvastuussa olevia kuntia / sote-alueita.¹

Osaaminen: Laadukkaiden palvelujen järjestäminen vaatii monipuolista järjestämis-, tuotanto- ja valvontaosaamista. Osaamisen turvaamiseksi tulee jokaisella järjestäjällä olla riittävästi omaa palvelutuotantoa, jotta sillä on erityisosaamista muilta tuottajilta hankittavien palvelujen kilpailuttamiseen sekä niiden riittävyden ja laadun arviointiin. Myös investointien toteuttaminen edellyttää erityisosaamista. Erikoisaloitaisen erityisosaamisen saatavuus alueelle on pystyttävä turvaamaan. Tietoa osajien sijoittumisesta nykyiseen kuntarakenteeseen tulee hyödyntää jatkotyössä.

Ammattihenkilöstön riittävyys ja saatavuus: Palvelurakennerratkaisussa ammattihenkilöstön käyttö tulee voida hallita riittävän suurina kokonaisuuksina. Näin pystytään ennakoimaan henkilöstötarpeet eikä pienten yksiköiden välille synny epätarkoituksenmukaista ja kallista kilpailua voimavaroista. Uudistuksen yhteydessä on huolehdittava siitä, että julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto on alana vetovoimainen. Perustason alueittaiset henkilöstöressurssipuutteet tulee uudistuksessa korjata ja huolehtia jatkossa peruspalveluiden riittävästä voimavaroista.

Infrastrukturi: Osa sosiaali- ja terveystalouksista on merkittävällä tavalla tila- ja laiteresursseja vaativaa. Palvelujen järjestäjän tulee kyetä huolehtimaan toimivasta infrastruktuurista. Lisäksi infrastrukturi tulee hallita niin, että vältetään kilpavarustelulta ja hyödynnetään olemassa olevia rakenteita tehokkaasti. Vaikkei uutta palvelurakennetta tule välttämättä sijoittaa olemassa oleviin tiloihin ja laitteisiin, on kuitenkin otettava huomioon, että ammattihenkilöstöstä valtaosa asuu lähellä työpaikkojaan. Osajien siirtäminen laajamittaisesti muille alueille olisi epätarkoituksenmukaista eikä ole toteutettavissa.

Järjestämisvastuussa olevien kuntien / sote-alueiden riittävä ja mahdollisimman tasainen kantokyky luo perustan sille, että eri puolilla maata on yhdenvertaiset edellytykset palvelutuotannon laadukkaalle ja tehokkaalle toteuttamiselle. Nykyisessä rakenteessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevien kantokyky vaihtelee huomattavasti.² Uudet järjestämisvastuussa olevat kunnat / sote-alueet tulisi muodostaa siten, että kantokyvyn vaihtelua vähennetään. Palvelurakenteen toteutuk-

¹ Thomson S et al. Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series No 17. EU 2009.

Pekurinen M et al. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 4/2011. Helsinki 2011.

Mikkola H, et al. Comparing the financial risk of bed-day and DRG-based pricing types using parametric and simulation methods, Health Care Management Science. May 2003.

Vohlonen I et al. Terveydenhuollon rahoituksen optimaalinen väestön koko, Suomen Kuntaliiton verkkojulkaisu Acta nro 225, 2011.

² Vaihtelua on kuvattu tarkemmin työryhmän väliraportissa 27.6.2012.

nessa tulee kuitenkin lisäksi ottaa huomioon alueelliset erot siten, että koko maahan muodostuu kattava ja tarkoituksenmukainen palveluverkko.

Työryhmän näkemyksen mukaan selvityshenkilöiden ehdotuksen perustana tulisi olla muun muassa edellä mainittuihin tekijöihin perustuva kantokykytekijöiden arviointi ottaen kuitenkin huomioon alueelliset erot, esimerkiksi harvan asutuksen ja pitkien etäisyyksien alueet sekä kielelliset olosuhteet.

4.3 ERITYISVASTUUTASO

Uudessa palvelurakenteessa yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä varten olisi viisi sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta (erva).

Ervoilla ei olisi pääsääntöisesti omaa palvelutuotantoa, vaan keskitettävät, erityisen vaativat palvelut ostettaisiin tai niiden tuottamisesta erva-alueittain sovittaisiin tarvittaessa.

Työryhmän näkemys on, että järjestämistä varten määritelmä kaksiportaisessa järjestelmässä on sama maan kaikissa osissa.

Metropolialue selvitetään omana kokonaisuutenaan. Metropolialueen väestöpohjasta ja HYKS:n sairaaloiden välillä toteutetusta työnjaosta johtuu, että HYKS:n nykyistä kokonaisuutta ei ole tarkoituksenmukaista pilkkoa. Koko HUS:n rakennetta ja toimintaa tullaan sivuamaan metropoliselvityksen yhteydessä. Selvittäjät ottavat huomioon ne linjaukset, jotka palvelurakennetyöryhmä tulee tekemään. Siksi työryhmä ei ole käsitellyt metropolialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta erillisenä kysymyksenä. Myös muiden yliopistosairaaloiden palvelutuotanto tulee toteuttaa tarkoituksenmukaisina kokonaisuuksina.

Erityisvastuutason organisaatiomuoto

Erityisen vaativien, laajaa väestöpohjaa edellyttävien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien hoitamista ja perustason toimintojen koordinoimista sekä vertikaalisen palveluketjun integraation varmistamista varten perustetaan viisi sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta.

Erva määritellään tulevassa järjestämislaissa kuntien ja sote-alueiden omistamaksi oikeushenkilöksi, joka on kuntayhtymä. Kuntayhtymä poikkeaa kuntalain mukaisesta kuntayhtymästä siten, että sen jäsenenä olisi joko kunta tai sote-alue. Sote-alue olisi ervan jäsen, kun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä varten vastuun on sote-alueella.

Kuntayhtymän ylintä päätösvaltaa käyttää valtuusto tai yhtymäkokous. Omistavien kuntien ja sote-alueiden äänivalta määräytyy lähtökohtaisesti asukasluvun mukaan. Kuntayhtymän hallitus käyttää ylintä toimeenpanovaltaa.

Erityisvastuutason valtuudet

Erityisen vaativien tehtävien hoitamisen ja koordinaatiosta varten toteuttamiseksi ervalle on järjestämislaissa annettava lakiin perustuva toimintavaltuus.

Voimassa olevassa terveydenhuoltolaissa mainittu nykyisten terveydenhuoltoa koskevien erva-alueittainen järjestämissopimus ja nykyisten sairaanhoitopiirien alueilla tehtävä perustason toimijoiden välinen järjestämisuunnitelma luovat puitteet

koordinaatiotehtävän toteuttamiseksi. Tulevan järjestämislain valmistelussa tulee täsmentää sitä, mistä erva voi päättää sitovasti, jotta muodostuisi tarkoituksenmukainen, kattava ja päällekkäisyyksiä välttävä palvelutuotantorakenne. Tämän toteuttamiseksi on jatkotyössä määriteltävä, mistä palveluista ja toiminnoista ervalla on lakiin perustuva päätösvalta.

Erityisvastuutason tehtävät

Ervalla on ainakin seuraavat lakiin perustuvat tehtävät

Koordinaatiotehtävät

- ervan kattava perustason toimijoiden välinen järjestämissopimus, mukaan lukien 24/7 sote-päivystys
- sopimuksen tavoitteet ja sisältö määritellään jatkotyössä
- jatkotyössä määritellään myös miltä osin ervojen koordinaatiotehtäviä tulee rajoittaa lainsäädännöllä

Viranomaistehtävät

- päätökset tahdosta riippumattomasta päihdehuollosta
- päätökset tahdosta riippumattomasta kehitysvammaisten erityishuollosta
- oikeuspsykiatria, lasten seksuaalisen hyväksikäytön tutkimukset (seri-tutkimukset)
- rikoksesta tuomitsematta jätettyjen ja tahdosta riippumattomaan erityishuoltoon määrättyjen henkilöiden huollon organisointi
- ensihoitokeskusten organisointi ja ylläpito (+ lääkärihelikopteritoiminta), Virve
- alueelliset valmiustehtävät
- sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijalausunnot
- potilasdirektiivin toimeenpano
- sosiaali- ja potilasasiain toiminnan koordinaatio
- tutkimuseettinen neuvottelukunta

Tutkimus, opetus ja valtakunnallinen kehittäminen

- alueellinen väestön hyvinvointia ja palvelujärjestelmän toimintaa koskeva tiedontuotanto
- alueellinen tutkimustoimikunta (valtion myöntämän rahoituksen jakaminen tutkimustoimintaan)
- valtion koulutuskorvauksen koordinointi
- osallistuminen valtakunnalliseen strategiseen kehittämiseen ja niihin liittyvien kansallisten ohjelmien hankesuunnittelun alueellinen koordinointi
- menetelmien ja toimintakäytäntöjen tutkimuspohjainen kehittäminen
- henkilöstön määrän ja osaamisen ennakointi
- ammatillisen työnjaon ja tehtävärakenteen kehittäminen
- perusterveydenhuollon erva-yksikön organisointi ja ylläpito
- alueellisten sosiaalialan osaamiskeskusten organisointi ja ylläpito

Lisäksi ervalla on lakiin perustuva velvoite sopia seuraavista toiminnoista ja palveluista:

- Vaativan erityistason palvelut
 - yliopistollisen sairaalan tertiäärinen erikoissairaanhoito
 - erityisryhmien erityisosaamista vaativat palvelut

- (sosiaali)palveluiden kriteerejä luova ja päättävä arviointielin, joka seuraa ja selventää perustason ja erityisvastuualueen työnjaon kriteeristöä alueellaan
 - kansalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämis- ja osaamiskeskukset (kuten verkostomallinen syöpäkeskus)
 - asiantuntijakonsultaatiot, sähköiset lähipalvelut (osa)
 - alle viiteen ervaan asetuksella keskitetyt palvelut/valmiudet
- Tukitoiminnot
 - kliiniset tukitoiminnot
 - tietohallinnon alueellisen kokonaisarkkitehtuurin hallinta ja tietojärjestelmien yhteishankinnat

Erityisvastuutason talous

Erikseen säädettyjen valtakunnallisten erityistehtävien, kuten mielentilatutkimusten, seri-tutkimusten ja tuomioistuinten pyytämien asiantuntijalausuntojen, hoitamiseksi ervan rahoitus tulisi valtiolta. Muut ervan rahoituskysymykset tulee ratkaista jatkotyössä.

5 MUUT SOSIAALI- JA TERVEYDEN- HUOLLON JÄRJESTÄMISLAKIIN LIITTYVÄT LIITÄNNÄISKYSYMYKSET

Työryhmän toimeksiantoon kuului valmistella uuden palvelurakenteen valmistelun ohella järjestämislakiin liittyviä osakokonaisuuksia, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaa koskeva sääntely, sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä koskevat rakenteet, tutkimuksen ja koulutuksen valtionkorvauksia koskevat rakenteet, uuteen palvelurakenteeseen liittyvät potilas- ja asiakastietojen käsittelyyn sekä tietosuojaan liittyvät kysymykset.

Edellä mainitut osakokonaisuudet ovat olennaisesti riippuvaisia siitä, millainen uusi palvelurakenne tulee olemaan eikä niitä voi ratkaista erilliskysymyksinä ennen riittäväällä tarkkuudella kuvattua palvelurakennetta. Näin ollen työryhmä on työssään keskittynyt lähes yksinomaan palvelurakennetta koskevien ehdotusten valmisteluun eikä ole käytettävissä olleen ajan puitteissa voinut tarkastella muita liitännäisiä osakokonaisuuksia. Työryhmä on kuitenkin koonnut tähän lukuun näistä osakokonaisuuksista eräitä työn kuluessa esiin nousseita näkökohtia.

5.1 OHJAUS JA VALVONTA

Palvelurakenneuudistuksen yhteydessä on välttämätöntä tarkastella myös kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja valvontaa. Ohjauskeinoja oikein käyttämällä voidaan palveluihin ja asiakkaiden asemaan vaikuttaa monin eri tavoin.

Keskeiset ohjauksen (normiohjaus, resurssiohjaus ja informaatio-ohjaus) ja valvonnan muodot ja rakenteet voidaan ja tulee säilyttää. Sen sijaan näiden keskinäistä suhdetta ja käytännön toteutusta on tarpeen kehittää sekä uudistuvan palvelurakenteen että väestön tarpeista lähtien. Lisäksi tulee aktiivisesti kehittää uusia ohjauskeinoja ja ohjauksen sisällöllisiä ratkaisuja sekä keinoja kuntien palvelujen ja omavalvonnan kehittämiseksi.

Työryhmä toteaa, että normiohjausta (lait ja asetukset) tulee käyttää esimerkiksi seuraavien osakokonaisuuksien ohjaamisessa:

- organisaatorakenteet, jotka vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuusta
- järjestämistä vastuun sisältö
- keskeiset päätöksentekorakenteet sote-organisaatioissa
- erityisvastuualueen koordinaatiovastuu ja sen mukaisten päätösten toteuttaminen
- rahoitus ja kustannusten jako sote-alueella ja ervaissa
- palvelujen tuotannon toteuttamisen keskeiset periaatteet (oma palvelutuotanto, muut palvelut)
- asiakas- ja potilastietojen käsittely sekä siihen liittyvä tietohallinto
- lähipalvelujen turvaaminen
- käyttäjädemokratian perusteet
- viranomaisvalvonnan valtuudet ja toteutus
- siirtymäkauden järjestelyjen toteutus

Uudistuksen jatkovalmistelun yhteydessä tulee selvittää se, miten toiminnan sisältöön liittyvää ohjausta toteutetaan. Samoin tulee selvittää, missä määrin ja miten valtio voi

ohjata sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutusta, mikä on kunnallisen itsehallinnon rooli ja miten palvelujen käyttäjien oikeudet turvataan. Kun erikoissairaanhoidon vastuu siirtyy 20 sairaanhoitopiiriltä useammalle toimijalle, korostuu jatkossa myös valvonnan merkitys.

5.2 KEHITTÄMISRAKENTEET

Palvelujen kehittämisvastuu on palveluista vastuussa olevilla organisaatioilla. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne muodostuu laajoihin kokonaisuuksiin kykenevien kantokykyisten järjestäjätahojen varaan, tarvitaan työryhmän näkemyksen mukaan toiminnan kehittämisen tueksi kansallisen kehittämistuen lisäksi erva-tasoinen kehittämisen tukirakenne. Tälle kehittämisrakenteelle sopii tällöin luontevasti myös ervan vastuulle suunnitellut tutkimuksen ja koulutuksen tukitehtävät sekä korkeakouluysteistyö.

Jos palvelurakenne muodostuu kantokyvyltään selkeästi eritasoisista perustason järjestäjistä ja mahdollisesti näiden yhteisrakenteista, tarvitaan työryhmän näkemyksen mukaan perustason organisaatioiden tueksi erva-alueiden sisälle kehittämisen tukirakenteita. Näiden tehtävänä olisi tukea perustason yksiköiden palvelujen kehittämistä ja kehittämiseen tarvittavaa tutkimustyötä sekä henkilöstön paikallista ja alueellista täydennys- ja jatkokoulutusta. Ratkaisu kehittämisrakenteesta voidaan tehdä vasta kun muodostettava palvelurakenne on tiedossa.

5.3 VALTION RAHOITUS TUTKIMUKSEEN JA KOULUTUKSEEN

Terveydenhuoltolain 61 §:n mukaan yliopistotasoiseen terveyden tutkimukseen myönnetään valtion rahoitusta erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille, jotka päättävät tutkimusrahoituksen osoittamisesta tutkimushankkeille. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on lain mukaisesti perustettava alueelleen yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen tutkimustoimikunta, jossa on monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä. Rahoitusta maksetaan erityisvastuualueiden tutkimustoimikunnille sosiaali- ja terveysministeriön neljäksi vuodeksi kerrallaan tekemän päätöksen mukaisesti. Ministeriön päätös perustuu tutkimustoiminnan painoalueiden ja tavoitteiden toteutumiseen sekä tutkimuksen laatuun, määrään ja tuloksellisuuteen edellisellä nelivuotiskaudella.

Valtion korvausta suoritetaan terveydenhuoltolain 59 ja 60 §:ien perusteella yliopistolliselle sairaalalle ja muulle terveydenhuollon toimintayksikölle lääkärien ja hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin. Koulutuskorvauksen rahoitusta koskevat selvitykset ovat kohtuullisen vanhoja, viimeisin selvitys on tehty vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistämässä hallitusohjelman mukaisesti selvitystä koulutusrahoitusten tarpeellisuudesta ja vaikuttavuudesta tutkintojen jälkeisen, yliopistotasaisen sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen ohjauksessa. Tarkoitus on tehdä kolme erillistä esiselvitystä sosiaalisektorin, hoitosektorin sekä lääkärisektorin näkökulmasta. Näiden esiselvitysten pohjalta valmistellaan vuoden 2013 aikana ehdotus koulutusrahoituksen kohdentamisesta sekä lainsäädännöstä.

Työryhmä ei ole käytettävissä olevan ajan puitteissa pystynyt käsittelemään tutkimuksen ja koulutuksen valtionkorvausasiaa, mutta pitää sen yksityiskohtaista tarkastelua jatkovalmistelussa erittäin tärkeänä. Erityisesti koulutettavien ammattihenkilöiden määrällä sekä koulutusjärjestelmällä kokonaisuutena on keskeinen merkitys palvelujärjestelmän ohjausvälineenä.

Nykyinen tutkimuksen ja koulutuksen valtionkorvausjärjestelmä koskee terveydenhuoltoa. Kun säädetään yhteistä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevaa lakia, pitää työryhmä lisäksi erityisen tärkeänä, että tutkimuksen ja koulutuksen valtionkorvausjärjestelmiä tarkastellaan jatkovalmistelussa sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon näkökulmasta. Jatkovalmistelussa tulisi selvittää, onko perusteltua säätää siitä edelleen kokonaan taikka joiltain osin erillisenä, vai olisiko korvausjärjestelmää sosiaalihuollon ja terveydenhuollon osalta syytä tarpeellisilta osiltaan jatkossa yhtenäistää. Sosiaalihuollon yliopistotasoisien tutkimukseen kunnissa ei ole nykyisin valtionkorvauksia joten yhtenäistäminen edellyttää lisärahoitusta nykyiseen verrattuna.

5.4 POTILAS- JA ASIAKASTIETOJEN KÄSITTELY SEKÄ TIETOSUOJA

Lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttaminen edellyttää, että käytettävissä on tarpeelliset tiedot asiakkaana tai potilaana olevasta henkilöstä. Potilas- ja asiakastiedot ovat luottamuksellisia henkilökohtaisia tietoja, jotka on säädetty salassa pidettäviksi. Sen vuoksi tietoja saa käsitellä vain asianomaisen henkilön suostumuksen tai laissa olevan säännöksen perusteella.

Vaikka asianomainen henkilö olisi antanut suostumuksensa häntä koskevien tietojen käsittelyyn tai siihen on lakiin perustuvat oikeus, olemassa olevia tietoja ei aina saada käyttöön. Tämä johtuu siitä, että välttämättömät tiedot ovat yleensä useissa eri rekistereissä, joista sosiaali- tai terveydenhuollon palvelutapahtuman yhteydessä tarvittavia tietoja ei aina ole helposti tai nopeasti saatavissa.

Asiakkaan ja potilaan saaman palvelun parantamiseksi sekä palvelujen tehostamiseksi palvelurakennemuutosten yhteydessä on tarpeen uudistaa lainsäädäntöä ja toteuttaa järjestelyjä, jotka mahdollistavat nykyistä paremmin palvelun toteuttamisessa tarvittavien tietojen saatavuuden. Samalla on kuitenkin huolehdittava tietosuojan toteuttamisesta.

Edellä todetun toteuttamiseksi on tarpeen uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen tietosuojaa ja tietojenkäsittelyä koskevia periaatteita ja säännöksiä. Lisäksi tietojen käsittelyssä käytettävät asiakas- ja potilastietojärjestelmät ja niitä koskeva lainsäädäntö tulee uudistaa sellaiseksi, että tietojen välitön saatavuus voi toteutua myös käytännössä.

Lähtökohtana tulisi olla, että asiakkaan- tai potilaan asiaa käsittelevällä ammattihenkilöllä on oikeus saada käyttöönsä kaikki asian hoitamiseksi välttämättä tarvittavat kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiedot. Asiakkaan ja potilaan tiedollinen itsemääräämisoikeus turvataan säätämällä hänelle oikeus kieltää yksittäistapauksissa tietojen luovutus tai käsittely. Samalla huolehditaan siitä, että organisaatioiden koon kasvaminen ei heikennä arkaluontoisten, salassa pidettävien tietojen tietosuojaa.

Asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn liittyvä tietohallinto on perusteltua toteuttaa siten, että palveluista järjestämisvastuussa oleva taho vastaa myös omaa toimintaansa koskevasta tietohallinnosta. Koska järjestämisvastuussa olevia kuntia ja sote-alueita

tullee olemaan runsaasti, on samalla huolehdittava näiden välisen tietohallinnon koordinaatiosta. Tämä tulisi toteuttaa erva-alueittain siten, että kunnat, sote-alueet ja erva-alue sopivat yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisesta kokonaisarkkitehtuurista ja sen toteutuksesta ottaen huomioon, mitä julkisen hallinnon tietohallinnon ohjauksesta annetussa laissa (634/2011) säädetään. Kokonaisarkkitehtuurissa otetaan lisäksi huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetun lain (159/2007) ja sähköisestä lääkemääräyksestä annetun lain (61/2007) mukaiset valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut, joihin paikalliset ja alueelliset tietojärjestelmät liittyvät.

Tietohallinnon ja -järjestelmien tarvittavat uudistukset sovitetaan yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen (Kanta-palvelut) toteutuksen kanssa. Kanta-palvelut mahdollistavat asiakas- ja potilastietojen käsittelyn eri organisaatioiden, myös julkisten ja yksityisten välillä.

Järjestämisvastuussa olevien kuntien ja sote-alueiden sekä ervojen tietohallinto ja tietojärjestelmät saatetaan sovitun kokonaisarkkitehtuurin mukaisiksi erikseen määritellyn aikataulun mukaisesti. Tässä hyödynnetään kuntien, sote-alueiden ja ervojen yhteishankintoja, keskitettyä ylläpitoa ja alueiden välistä yhteistyötä.

6 NÄKÖKOHTIA UUDEN PALVELU- RAKENTEEN TOIMEENPANOSTA

Palvelurakenneuudistuksen toimeenpano tulee olemaan merkittävä uudistus, joka tulee vaatimaan mittavia voimavaroja niin kentän toimijoilta kuin keskushallinnolta. Muutosprosessin vaatimat voimavarat ja hallinnolliset kustannukset tulevat olemaan niin mittavia, että uudistuksella tavoiteltavien hyötyjen vaikutukset tulee jatkotyössä arvioida huolellisesti.

Työryhmän näkemyksen mukaan muutosprosessi ja sen toteutuksen aikataulu on suunniteltava huolella ja muutokselle on varattava riittävästi aikaa. Muutosprosessin toteutuksessa on ennen kaikkea turvattava sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta myös muutosprosessin aikana.

Muutoksen toteutus ja sen aikataulutus on sovitettava yhteen kuntauudistuksen kanssa ja näiden uudistusten viestintä toteutettava yhdenmukaisesti siten, että kunnat ja kuntayhtymät pystyvät uudistusten eri vaiheissa vastaamaan niille kuuluvista tehtävistä sekä omalta osaltaan suunnittelemaan tulevat vaiheet sekä varautumaan niihin ajoissa.

Muutosprosessi tulee työryhmän näkemyksen mukaan toteuttaa siten, että kunnat velvoitetaan lailla kuulumaan tiettyyn sote-alueeseen, jos ne eivät yksinään täytä kantokyvyn edellytyksiä taikka niiden tulee alueellinen kokonaisuus huomioiden edellytysten täyttymisestä huolimatta kuulua sote-alueeseen.

Muutosprosessin keskeinen ydin liittyy paitsi uusien organisaatioiden muodostamiseen myös yhteistoiminta-alueiden sekä sairaanhoitopiirien purkamisiin ja niihin liittyviin omaisuusjärjestelyihin. Niitä käsitellään erikseen luvussa 6.1.

6.1 OMAISUUSJÄRJESTELYT

Siirtyminen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteessa sosiaali- ja terveydenhuollon perustasoon ja sitä täydentävään erityisvastuutasoon merkitsisi nykyisten kuntayhtymien purkamista.

Kuntayhtymien purkamiseen liittyy monenlaisia järjestelyjä, jotka koskevat muun muassa omistusta, velkaa, henkilöstön asemaa sekä eläkevastuita.³ Tällaiset järjestelyt ovat mittavia. Vuonna 2011 kuntayhtymien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset olivat 8,4 miljardia euroa, josta 73,5 prosenttia ohjautui erikoissairaanhoidon.

Kuntayhtymän purkamisesta on määräykset kuntayhtymän perussopimuksessa. Omaisuus samoin kuin velat ja sitoumukset jaetaan jäsenkunnille niiden peruspääomaosuuksien mukaisessa suhteessa. Omaisuuden osalta joudutaan päättämään, arvostetaanko se esimerkiksi tekniseen arvoon, kirjanpitoarvoon vai käypään arvoon.

³ Sairaalatilojen omistussuhteiden järjestelyjä tehtiin paljon 1990-luvun alussa. Mutta myös senkin jälkeen järjestelyjä on silloin tällöin tehty. Esimerkiksi toukokuussa 2010 Kristiinankaupungin kaupunginvaltuusto käsitteli ehdotusta, jossa Vaasan sairaanhoitopiirin hallitus esitti Kristiinankaupungin kaupungille Selkämeren sairaalan luovuttamista Kristiinankaupungin kaupungille ja samalla sitoutuvansa vuokraamaan toimitilat kymmeneksi vuodeksi. Toisena esimerkkinä voi mainita, että Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä valmisteltiin omaisuusjärjestelyasioita Jämsän kaupungin siirtyessä vuoden 2013 alussa ko. sairaanhoitopiiristä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin.

Myös kuntayhtymien mahdollisten liikelaitosten ja tytäryhtiöiden asema joudutaan selvittämään. Purkamista edellyttävässä selvitysmenettelyssä todennäköisesti moniin tuhansiin nousevat kuntayhtymien sopimukset on käytävä läpi ja tehtävä kunkin osalta ratkaisu. Myös velkavastuiden järjestämisestä on sovittava. Purkamiskokonaisuuteen kuuluu myös se, että osakeomistukseen liittyvistä luovutuksista luovutuksensaaja maksaa varainsiirtoveron. Varainsiirtoveron perimisen luopumisesta on säädettävä erikseen.

Kuntayhtymän päättymisestä pitää ilmoittaa hyvissä ajoin Kevaan. Ennen purkautumista omistajakuntien tulee sopia siitä, miten kuntayhtymälle aiheutuvat eläkemaksut jaetaan jatkossa omistajien kesken. Kuntayhtymälle aiheutuu eläkemenoja myös purkautumisen jälkeen

- eläkemenoperusteisena maksuna, joka on aiheutunut ennen vuotta 2005 kuntayhtymässä tehdystä työstä; maksu tulee maksuun silloin, kun kuntayhtymässä palveluksessa ollut henkilö jää eläkkeelle
- mahdollisena varhaiseläkemenoperusteisena maksuna, jos kuntayhtymän palveluksessa ollut henkilö jää lähivuosina purkautumisen jälkeen työkyvyttömyyseläkkeelle, yksilölliselle varhaiseläkkeelle tai työttömyyseläkkeelle tai alkaa saada määräaikaista työkyvyttömyyseläkettä eli kuntoutustukea.

Kuntayhtymän purkautumisella ei ole vaikutusta henkilöstön eläketurvaan, jos työntekijät siirtyvät vanhoina työntekijöinä kuntayhtymän palveluksesta takaisin kunnan tai muun Kevan jäsenyhteisön palvelukseen. Siirron täytyy tapahtua ilman päivänkään katkosta, jotta varmistetaan, että työntekijöiden mahdollinen kunnallinen lisäeläkeosuus säilyy.

Palvelurakennelakityöryhmässä kuntayhtymien purkautumista koskevat asiat ovat olleet esillä vain vähän. Asian merkittävyyden takia työryhmä katsoo, että kuntayhtymien lakkauttamiseen liittyvien asioiden valmistelua tulee jatkaa ja syventää työryhmän toimikauden päätyttyä erillisessä työryhmässä tai muulla tavoin. Lisäksi työryhmä katsoo, että kuntayhtymien purkamiseen ja sen valmisteluun varataan riittävästi aikaa purkamisprosessien mittavuuden ja moninaisuuden takia.

6.2 HENKILÖSTÖN ASEMA

Hallitusohjelman kuntapolitiikkaa ja hallinnon kehittämistä koskevien linjausten mukaan henkilöstön asema muutosprosessissa turvataan nykyainsäädännön tasoisena. Palvelurakenteen uudistaminen konkretisoituu ajalle, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä eläköityy nopealla tahdilla. Muodostettavien uusien organisaatioiden henkilöstötarve tulee johtamaan koko käytössä olevan henkilöstön työllistymisen uusiin organisaatioihin. Purkautuvien kuntayhtymien ja muiden organisaatioiden henkilöstön asema muutoksessa tulisi työryhmän näkemyksen mukaan turvata ennen kaikkea järjestämällä mahdollisten uusien tehtävien edellyttämä riittävä koulutus henkilöstölle sekä turvaamalla työnantajien vaihtuessa palvelusuhdeturva-etujen säilyminen.

7 JATKOTYÖ

Sosiaali- ja terveysministeriö on 23.11.2012 asettanut selvityshenkilötyöryhmän palvelurakennemuutoksen tueksi. Selvityshenkilötyöryhmän tehtävänä on tukea palvelurakennemuutoksen valmistelua selvittämällä alueellisesti parhaita sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisuja yhteistyössä kentän toimijoiden kanssa. Ratkaisujen tulee perustua hallitusohjelmaan ja sosiaali- ja terveystieteellisen ministeriryhmän tekemiin linjauksiin. Selvityshenkilötyöryhmä jakautuu viiteen alueelliseen selvityshenkilöryhmään. Kukin ryhmä vastaa sille sovitun alueen selvityksestä. Koko selvityshenkilötyöryhmä arvioi kokonaisuutta ja raportoi siitä sosiaali- ja terveystieteelliselle ministeriryhmälle. Selvityshenkilöiden selvitys on osa tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lain esivalmistelua. Tätä lainvalmistelua varten on tarkoitettu asettaa selvityshenkilötyöryhmän työn jatkoksi 1.3.2013 alkaen hallituksen esitysluonnosta valmistettava erillinen lainvalmistelutyöryhmä.

Nykyisessä rakenteessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevien kantokyky vaihtelee merkittävästi.⁴ Jotta Suomeen saataisiin kantokyvyltään mahdollisimman yhdenvertainen palvelurakenne, joka tukee toiminnan laadukasta ja tarkoituksenmukaista järjestämistä, tulisi uudet järjestämisvastuussa olevat kunnat / sote-alueet muodostaa siten, että kantokyvyn vaihtelua tasoitetaan koko maan tasolla mahdollisimman vähäiseksi. Palvelurakenteen toteutuksessa tulee kuitenkin ottaa huomioon alueelliset erot siten, että koko maahan muodostuu kattava ja tarkoituksenmukainen palveluverkko.

Työryhmän näkemyksen mukaan tulevan selvityshenkilötyöryhmän ehdotus tulisi perustua edellä esitettyihin kantokykytekijöihin siten, että palvelurakenne muodostuisi maan eri osissa sellaisista kunnista / sote-alueista, joilla on tehtävän edellyttämä kantokyky. Jotta yhdenvertaisuusvaatimus palvelurakenteen osalta voisi toteutua, tulisi selvityshenkilötyöryhmän esityksen tasoittaa nykyisiä eroja mahdollisimman paljon, kun verrataan alueita koko valtakunnan tilanteeseen.

Hallitusohjelman mukaan tavoitteena on uusi sosiaali- ja terveydenhuollon kaksitasoinen palvelurakenne, jossa olisi nykyiseen verrattuna laaja sosiaali- ja terveydenhuollon perustaso. Laajennettua perustasoa täydentäisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen erityisvastuutaso.

Edellä luvussa 2 todettujen hallinnon ja aluekehityksen ministerityöryhmän sekä sosiaali- ja terveystieteellisen ministerityöryhmän linjausten mukaisesti tulevassa, myös erityispalveluja sisältävässä palvelurakenteessa laajan perustason palvelutarpeeseen vastaaminen edellyttää vähintään noin 50 000–100 000 väestöpohjaa. Perustasolla sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on joko vahvalla kunnalla tai sosiaali- ja terveydenhuollon alueella (sote-alue). Sote-alue voi olla joko vastuukunta tai kuntayhtymä. Sote-alueella järjestämisvastuu on jaettu; vähintään noin 20 000 asukkaan kunnalla on mahdollisuus järjestää joitain sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja itse, jos sillä on muutoin tähän riittävä kantokyky. Tällöin muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus on turvattava yhteistyössä muiden kuntien kanssa kuulumalla sote-alueeseen.

Ministerityöryhmien linjausten mukainen palvelurakenne on kuvattu liitteenä olevassa kuvassa (liite 2). Sen toteuttamiseen liittyy seuraavia kysymyksiä ja asioita, jotka tulee työryhmän näkemyksen mukaan selvittää palvelurakennemuutoksen jatkotyössä:

⁴ Vaihtelua on kuvattu tarkemmin työryhmän väliraportissa 27.6.2012.

- Mikäli sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuu tulisi vaihtelemaan alueittain ja kunnittain, miten uudessa palvelurakenteessa päätöksentekora- kenteet, järjestämisvastuu ja rahoitusvastuu viimekädessä toteutuvat?
- Miten mallin mukainen järjestämisvastuu eri alueilla ja kunnissa on toteutet- tavissa?
- Millainen toiminnan ja talouden ohjausjärjestelmä toteutuisi?
- Miten rahoitusvastuu toteutuu? Hyväksytäänkö malli, jossa järjestämisvastuu jakautuu/pilkkoutuu ja rahoitusvastuu on eri taholla kuin järjestämisvastuu? Miten ja mistä erva rahoitus toteutuu pl. erikseen säädetyt valtakunnalliset erityistehtävät? Rahoittavatko erva vahvat kunnat ja sotealueet vaiko kaikki kunnat?
- Miten uusi rakenne toteutuu erityisesti kaupunkiseuduilla, jossa tulisi ole- maan yksi tai useampi vahva kunta ja erilaisia sote-alueita?
- Toteutuuko tavoite kaksitasoisesta palvelurakenteesta?
- Sote-alueen hallintomallia tulee jatkotyössä arvioida perustuslain näkökul- masta mm. siirrettävien tehtävien laajuuden sekä taloudellisen merkittävyy- den vuoksi. Vastuukuntamallin perustuslainmukaisuutta tulee arvioida mm. vastuukunnan määräysvallan, siirrettävien tehtävien laajuuden sekä taloude- lisen merkittävyyden vuoksi.
- Sote-alueiden jäsenyyttä omaan ervaansa on jatkotyössä vielä tarkemmin ar- vioitava perustuslain asettamien reunaehtojen valossa. Jos erva on kuntayh- tymä, jonka jäsenenä olisi kunnan sijaan sote-alue silloin, kun järjestämisvas- tuu on sote-alueella, voiko vastuukunta ja sote-alue olla kuntayhtymän jäsen peruskunnan puolesta, miten demokraattinen ohjaus toteutuu?

Työryhmä toteaa, että ministerityöryhmien linjausten mukainen palvelurakenne olisi huomattavasti selkeämpi, mikäli mahdollisimman monet kunnat olisivat vahvoja peruskuntia. Tämä vähentäisi sote-alueiden tarvetta ja määrää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuudistuksella on kiire, joten sosiaali- ja terveysministeriön tulisi työryhmän näkemyksen mukaan mahdollisimman pikai- sesti asettaa työryhmä jatkovalmistelemaan hallituksen esitystä sosiaali- ja terveyden- huollon järjestämistä koskevaksi laiksi.

Muutosprosessin vaatimat voimavarat ja hallinnolliset kustannukset tulevat ole- maan niin mittavia, että uudistuksella tavoiteltavien hyötyjen vaikutukset tulee jatko- työssä arvioida huolellisesti.

Palvelurakennemuudistuksen lisäksi on parhaillaan käynnissä palvelurakennemuudis- tukseen kytkeytyviä merkittäviä muita uudistuksia, kuten esimerkiksi kuntauudistus, valtionosuusuudistus sekä kuntien tehtäviä koskeva uudistus. Myös kunnallisen terveystalvelujärjestelmän ja sairausvakuutusjärjestelmän yhteensovittamista selvitetään parhaillaan. Rahoituksen osalta kokonaisuuteen tulisi kytkeä myös sosiaalihuolto. Palvelurakennemuudistus ja sitä koskeva jatkotyö tulisi työryhmän näkemyksen mu- kaan suunnitella ja aikatauluttaa muiden niihin liittyvien uudistusten kanssa, jotta palvelujen kokonaiskustannukset olisivat paremmin niiden järjestäjätahojen hallin- nassa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntökokonaisuus



Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön kokonaisuus



LIITE 3

Marina Erholan eriävä mielipide, johon Heikki Hiilamo ja Juha Metso yhtyivät.

Heikki Hiilamo totesi lisäksi seuraavaa: "Sote-integraation toteuttaminen edellyttää selvästi loppuraportissa esitettyjä suurempia väestöpohjia. Tavoite nykyistä yhdenvertaisemmista integroiduista palveluista voisi toteutua työryhmän ensimmäisen puheenjohtajan, kansliapäällikkö Kari Välimäen viimeisessä kokouksessaan esittämässä noin 20 vahvan kunnan ja niiden ympärille rakennettujen sote-alueiden mallissa".



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

ERIÄVÄ MIELIPIDE

Sosiaali- ja terveystoimiala 18.12.2012

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

PAVELURAKENNETYÖRYHMÄN LOPPURAPORTTI

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiä tavoitteita ovat yhdenvertaiset sosiaali- ja terveystoimiala ja nykyisin riittämättömästi toimivien peruspalvelujen vahvistaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) suhtautuu erittäin myönteisesti palvelurakenteen uudistamiseen ja tälle määriteltyihin tavoitteisiin, ja laitos on osallistunut aktiivisesti palvelurakennetta selvittäneen työryhmän työhön ja peräänkuuluttanut rohkeita ratkaisuesityksiä. Koska työryhmän loppuraportissa esitetyt näkemykset eivät keskeisiltä osiltaan vastaa THL:n toistuvasti esille tuomia asiantuntijanäkemyksiä, esitän tässä lausunnossa joitakin eriäviä ja täydentäviä mielipiteitä.

THL toteaa, että sosiaali- ja terveystoimiala laadun, vaikuttavuuden ja turvallisuuden takaamiseksi tarvitaan sosiaali- ja terveystoimiala laaja-alaista ammattiosaamista, riittävän suurien palveluiden tuotantovolyymeja sekä tehokasta toiminnan seuranta- ja ohjausta. Jotta laadukkaat ja tasavertaiset palvelut voitaisiin taata kaikille kansalaisille kautta maan, jokaisella sosiaali- ja terveystoimiala järjestäjätaholla tulee olla riittävän suuri väestöpohja ja tähän liittyvä taloudellinen kantokyky.

Työryhmän loppuraportissa esitetään hallituksen sosiaali- ja terveystoimiala poliittisen ministerityöryhmän linjasta seuraten, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen riittävän väestöpohjan tulisi olla

kantokykytekijöistä riippuen vähintään 50 000 - 100 000. Työryhmän arvion mukaan em. väestöpohja mahdollistaisi myös ympäri-vuorokautiseen perustason päivystyksen, johon kuuluisi sairaanhoi-don päivystyksen lisäksi sosiaalipäivystys lastensuojelun ja päihde-huollon päivystyksineen.

Erikoissairaanhoidon osalta THL toteaa, että esitetty väestö-pohjavaatimus ei ole yhteneväinen kansainvälisen kokemuksen ja tietämyksen kanssa.

Erikoissairaanhoidon laadukkaan järjestämisen edellytetään yleensä vaativan selvästi suurempia väestöpohjia, vähintään 200 000 – 400 000 asukasta. Erikoissairaanhoito on kauttaaltaan vaativaa moniammatillista toimintaa, eikä sen piirissä voida odottaa laadullista tai toiminnallista hyötyä vastuiden jakamisesta tai siirtämisestä nykyisiä sairaanhoitopiirejäkin pienemmille tahoille. Erikoissairaanhoi-don pirstaloituminen uudistusehdotuksen mahdollistamien erilaisten paikallisten ja alueellisten ratkaisujen myötä voi muodostua erityi-sesti päivystystoiminnan kannalta ongelmalliseksi. Käytännössä ei ole mahdollista eriyttää ns. erityisen vaativaa kliinistä toimintaa muusta toiminnasta, sillä erityisen vaativan toiminnan ylläpitäminen edellyttää sekä riittäviä potilasmassoja että osaamisen ylläpitämi-seen tarvittavaa henkilöstöä. Erikoissairaanhoidon nykyisten tuo-tantorakenteiden purkaminen voi osoittautua vaikeaksi ja hyödyll-tään kyseenalaiseksi. Tosiallisesti tuotanto ja hallinto keskittyisivät nykyisestä. Perustason vahvistaminen jää tällöin verraten pienten väestöpohjien ja sirpaleisten alueellisten ratkaisujen varaan ja re-formin tavoitellut kokonaisvaikutukset kääntyvät pääläelleen.

Työryhmän loppuraportissa esitetyt ratkaisut näyttävät edellyttävän, että nykyisten sairaanhoitopiirien toiminnoista verraten suuri osa siirretään viidelle erityisvastuualueelle. Esimerkiksi muiden Poh-joismaiden kokemusten perusteella on kuitenkin todettava, että pe-ruspalveluiden vahvistaminen ja perusterveydenhuollon ja erikois-sairaanhoidon tasapainoisen rahoituksen saavuttaminen on huomata-vasti vaikeampaa mallissa, jossa rahoitus ohjataan kahdelle eri hallinnolliselle organisaatiolle kuin rakenteessa, jossa koko tervey-denhuollon järjestäminen ja rahoitus kuuluu saman valtakunnallisen tai alueellisen toimijan vastuulle.

THL onkin jo aiemmin monikanavarahoitusta käsittelevissä selvi-tyksissään esittänyt sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden rat-kaisuksi alueellisten järjestäjä-rahoittajatahojen luomista maaham-me. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus ohjattai-siin ja koottaisiin yhteen näille toimijoille, jotka vastaisivat sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä alueensa asukkaille. Peruspal-velujen ja erikoissairaanhoidon ongelmien eräänä keskeisenä synyn on, että resurssien jako päätetään eri paikoissa ja monikanavaisesti. THL pitää erittäin tärkeänä, että alueellisesti käytettävissä olevat julkiset voimavarat jaettaisiin yhden päättäjän toimesta, jolloin voi-taisiin harkita tarkoituksenmukainen tasapaino.

Alueellisen järjestäjä-rahoittajan väestöpohjan tulisi THL:n näke-myksen mukaan olla mielellään vähintäänkin 200 000 asukasta ja koko maassa alueita voisi olla esimerkiksi 12 ja korkeintaan 20. Vaikka sairaanhoitopiirit ovat ongelmistaan huolimatta tuloksiltaan

terveydenhuollon ehkä toimivin osa, muutostarve on kiistaton. Uudistus voidaan toteuttaa ripeästi hyödyntämällä ja rationoimalla nykyistä sairaanhoitopiirirakennetta (erikoissairaanhoidon tuotannon edelleen keskittäminen) ja muuttamalla ja laajentamalla niiden tehtäviä palvelujen järjestämisessä (ml. sosiaalipalvelut), tehostamalla omistajaohjausta, nykyisiä johtamiskäytäntöjä ja toteuttamalla palvelut lähipalveluina, alueellisina palveluina ja keskitettyinä palveluina.

Kokonaisuutena THL katsoo, että työryhmän loppuraportissa esitetyt ratkaisut eivät ole riittäviä, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutokselle asetetut tavoitteet ja suunta toteutuisivat.

Raportin ehdotukset johtaisivat todennäköisesti sopimusmenettelyihin perustuviin, vaihteleviin ratkaisuihin eri puolilla maata. Peruspalvelujen vahvistamiseen tarvittavaan voimavarojen uudelleen suuntaamiseen ei vaikuta olevan riittäviä edellytyksiä esitettyjen linjausten valossa. Kansalaisten yhdenvertaisuuden nimissä on tärkeää, ettei uudistuksen seurauksena synny kansallista tilkkutäkkiä, jossa palveluiden sisältö, laatu ja saatavuus vaihtelevat paikallisista ja alueellisista ratkaisuista riippuen. Uudistuksen tulee pyrkiä kokonaisratkaisuun, joka palvelee oikeudenmukaisesti jokaista sosiaali- ja terveystaloutta tarvitsevaa kansalaista asuinpaikasta riippumatta.

Naapurimaissamme palvelurakenteen uudistaminen on muodostanut integroidun osan suunniteltuja ja toteutettuja kunta- ja aluerakennemuutoksia. Vastuiden jakaminen ja vastuutahojen määrittely on otettu rakennemuutosten keskeiseksi lähtökohdaksi. Suomessa uudistuspyrkimykset ovat edenneet vastakkaisessa järjestyksessä, ja palvelurakenteen uudistusta pyritään nyt taivuttamaan aiempiin kuntauudistuksen linjauksiin. On ymmärrettävää, että tämä menettely johtaa vaikeuksiin.

THL katsoo, että jos kuntauudistuksen ja palvelurakennemuutuksen yhteensovittaminen edellyttää kompromisseja, jotka käytännössä vievät pohjan palvelurakenteen mielekkäältä uudistamiselta, on syytä harkita uudistusprosessien erottamista toisistaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutustus tulee lyömään lukkoon palvelujärjestelmän tulevaisuuden vuosikymmeniksi eteenpäin. Hyvien ratkaisujen löytäminen edellyttää asiantuntijoilta huolellista analyysia ja päätöksentekijöiltä harkintaa ja poliittista rohkeutta.

THL katsoo, että sosiaalipalveluiden järjestämisen siirtäminen laajemmalle väestöpohjalle on hyvä tavoite. Sosiaalipalveluiden näkökulmasta raportin tekee haasteelliseksi se, että ehdotusten pohjaksi ei ole esitetty sosiaalipalvelujärjestelmän läpikäyntiä, ongelmatiikkaa taikka edes perusteluja miksi ervojen järjestämisvastuulle esitetään siirrettäväksi esimerkiksi lastensuojelu- ja päihdepalvelut. Toisaalta kansainvälisiäkään kokemuksia esitetynlaisesta palvelujärjestelmästä ei ole, josta syystä sosiaalipalvelunäkökulman voimakkaampi esiin nostaminen olisi jatkotyössä ensiarvoisen tärkeää.

Jokaiseen uudistukseen ja organisaatiomuutokseen liittyy huomattavia kustannuksia, niin hallinnollisesti, inhimillisesti kuin puhtaasti rahallisesti. Uudistusta, jonka vaikuttavuus on epävarma ja joka potentiaalisesti jopa heikentää palveluiden laatua ja tasavertaisuutta, ei kannata lähteä toteuttamaan. Nyt käynnistyvät alue selvitykset osoittanevat onko työryhmän raportin linjausten mukaan toteutettavissa sellainen uudistus joka kantaa pitkälle tulevaisuuteen ja turvaa nykyistä vahvemman perustason vaarantamatta merkittävästi sinällään hyvin toimivaa erikoissairaanhoitoa.

Jos edellytykset toimivan kokonaisuudistuksen läpiviemiselle tällä hetkellä puuttuvat, voi olla järkevämpää jatkovalmistella palvelurakennemuutoksen sisältöä huolella ja jättää sen toteutus myöhempään ajankohtaan.

Helsingissä 18. päivä joulukuuta 2012
Marina Erhola
ylijohtaja

Kari Nenosen täydentävä lausuma

Mitä on päätetty ja miksi

Pääministeri Jyrki Kataisen hallitus kirjasi ohjelmaansa selkeän tavoitteen: ”Hallitus toteuttaa koko maan laajuisen kuntauudistuksen, jonka tavoitteena on vahvoihin peruskuntiin pohjautuva elinvoimainen kuntarakenne.”

Lisäksi hallitusohjelmassa todettiin mm: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntarakenteen uudistamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden sosiaali- ja terveystalouden saatavuuden varmistamiseksi ja rahoituksen turvaamiseksi tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja peruskuntia.

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

Näille hallitusohjelman kirjauksille on löydettävissä perustelut paitsi väestön nopeasta ikääntymisestä ja sen tuomasta muospaineesta suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan palvelujärjestelmään, myös palvelujen järjestämisen yleisistä edellytyksistä, tarpeesta eheyttää yhdyskuntarakenteita ja ehkä ennen kaikkea julkisesta taloudesta.

Valtion talousarvioesityksessä vuodelle 2013 nettolainanotto ja velanhallinta menokohdalle on budjetoitu 7 452 milj. euroa.

Joulukuun 2012 Kuntataloustiedotteessa 4/2012 on liitteenä kuntatalouden painelaskelmat. Näiden peruspalvelubudjetin 17.9.2012 mukaisten laskelmien mukaan kunnat ja kuntayhtymät velkaantuisivat vuonna 2013 lisää 1 200 milj. euroa.

Valtionosuuksien leikkauksien vaikutus vuositasolla, jos verrataan vuotta 2015 aikaan ennen leikkauksia, on -1 131 milj. euroa. Kumulatiivisesti vuosina 2012–2015 hallitusohjelman mukaisten valtionosuusleikkausten vaikutus on -3 399 milj. euroa.

Kuntien peruspalvelujen valtionosuudet ovat vuonna 2013 yhteensä 8 652 milj. euroa. Jos toimitaan hallitusohjelman mukaan, myös tulevista väistämättömistä leikkauksista osa tulee suuntautumaan kuntatalouksiin. Kuntien valtionosuudet ovat tällä hetkellä samaa suuruusluokkaa kuin valtion tämän hetkinen nettovelkaantumistarve.

Nykyinen kuntarakenne ja kiristynyt talous on johtanut tilanteeseen, jossa matalimman (16,25) ja korkeimman (22) kunnallisveroprosentin ero on kasvanut 5,75 prosenttiyksikköön! Keskimääräinen kunnallisveroprosentti on 19,38 (painotettu maksuunpantua kunnallisveroa vastaavilla verotettavilla tuloilla), aritmeettisesti keskiar-

voimen kunnallisveroprosentti puolestaan on 20,01! Vuodelle 2013 kunnallisveroprosenttia nosti 119 kuntaa, kun taas kunnallisveroprosenttia laski vain 4 kuntaa.

On selvää, että tässä tilanteessa tarvitaan rohkeita päätöksiä sekä kunta- että palvelurakenteiden uudistamisessa. Hallitusohjelman kirjaukset ovat tähän aikaan ainoat oikeat.

Miksi hankkeet eivät etene? Mikä Suomessa on erilaista?

Suomen kunnallishallinnon rakenne ja kuntien tehtäväkenttä on toinen kuin muissa Pohjoismaissa. Suomessa ei ole itsehallintoa kuntia ylemmällä tasolla. Näin ollen kunnat vastaavat myös esimerkiksi erikoissairaanhoidosta ja alueellisen maankäytön suunnittelusta.

Kun useimmat kunnat eivät näistä tehtävistä voi yksin selviytyä, kunnat on lailla veloitettu kuulumaan mm. erikoissairaanhoidosta vastaavaan kuntayhtymään ja alueellisista kehittämistehtävistä vastaavaan maakunnan liittoon sekä hoitamaan pelastustoimen alueellisena yhteistoimintana (ns. pakollinen yhteistoiminta). Myös sosiaalihuollosta ja perusterveydenhuollosta vastaavat alle 20 000 asukkaan kunnissa kuntien yhteistoiminta-alueet.

Valtionosuudet maksetaan pääsääntöisesti peruskunnille, jotka rahoittavat näillä ja omilla verotuloillaan kuntayhtymien toiminnan ja muun kuntien yhteistoiminnan.

Vaikka kuntien lukumäärä on viimeisen kymmenen vuoden aikana vähentynyt noin sadalla kunnalla, monet yhdistyneistä kunnista ovat edelleen niin pieniä, että ne kuntaliitoksen jälkeenkin joutuvat järjestämään pääosan palveluistaan kuntien välisellä yhteistyöllä. Suomessa on vuoden 2013 alussa 320 kuntaa. Kuntien lukumäärä on edelleen kohtuullisen suuri ja kuntien mediaanikoko (6150 asukasta) ja keskiarvo (15150 asukasta) on melko pieni verrattuna Ruotsiin ja erityisesti Tanskaan.

Suomessa alueellisen erilaistumisen vuoksi kansalaisten yhdenvertaisuus palvelujen saannissa heikkenee nopeasti entisestään. Vahvalla kuntarakenteella voitaisiin monialaisemmin ja vaikuttavammin koota kunnan asukkaiden eri palveluja toimivammiksi kokonaisuuksiksi. Se ei kuitenkaan yksin riitä.

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen on välttämätöntä. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäisen integraation lisäksi on tärkeää yhdistää mahdollisimman laajasti perus- ja erikoistason tehtäviä kokonaisuuksiksi, joilla turvattaisiin mahdollisimman hyvin palvelujen saatavuus ja saavutettavuus eri osissa maata. Kuntaudistuksen pitäisi luoda pohja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiselle, mutta se ei missään olosuhteissa tule yksin riittämään.

Mitä jatkossa pitäisi tehdä?

Loppuraportin luvussa 7, ”Jatkotyö”, on hyvin kuvattu ne ongelmat, jotka työn kuluessa identifioitiin, mutta joihin vastausta ei löydetty. Joka tapauksessa on selvää, että jos kuntien määrä ei huomattavasti vähene nykyisestä, esitetty malli ei tuo ratkaisua nykyisen järjestelmän moniportaisuuteen ja siitä johtuvan vastuunjaon päällekkäisyyteen. Samoin on selvää, että metropolialue tulee selvittää omana kokonaisuutenaan, kuten työryhmä on todennut. Seuraavassa on kriittinen analyysini tilanteesta.

1. Kuntarakenteen ja sote-rakenteen kytkentä: hallitusohjelmasta lähtien rakennuudistus on kytketty tiukasti kuntarakenteen uudistamiseen. Jos kuntara-

kenne ei etene toivotulla tavalla, hallitusohjelman linjaukset merkitsevät sitä, että poikkeukseksi suunnitellusta sote-alue -vaihtoehdosta muodostuu päävaihtoehto.

2. Työryhmän raportin mukaan 50-100 000 asukasta olisi riittävä väestöpohja perustason palvelujen *järjestämiseen*. Raportin mukaan sekä kunnat että sote-alueet olisivat ”järjestämisvastuullisia toimijoita”. Myös em. väestömäärän täyttävällä kunnalla olisi velvollisuus kuulua sote-alueeseen, jos ”alueella ei muuten saada kantokyvyltään riittäviä järjestämisvastuun kantajia”. Mitä tässä tilanteessa tarkoittaa se hallitusohjelman kirjaus, että rahoitus- ja järjestämisvastuu säilyy kunnilla? Kun hallitusohjelmassa toisaalta todetaan, että rahoitusvastuu- ja järjestämisvastuu on samalla organisaatiolla, siirtyykö myös rahoitusvastuu pääsääntöisesti sote-alueille? Miten rahoitusvastuu katetaan? Ilmeisesti suoraan sote-alueelle menevin valtionosuuksin ja kuntien rahoitusosuuksin. Tällöin hallitusohjelman päävaihtoehto, jonka mukaan järjestämis- ja rahoitusvastuu on kunnilla, ei toteudu.

Lisäksi vähintään noin 20 000 asukkaan kunnalla olisi mahdollisuus ”järjestää joitakin peruspalveluja itse”. Onko kysymyksessä järjestämisvastuu vai mahdollisuus vastata tietyistä palvelutuotannosta sote-alueen kanssa tehtävin sopimuksin? Tämä väestöpohja jättää sote-rakenteeseen ylimääräisen hallinnontason, kun tavoitteena on ollut kaksitasoinen järjestelmä.

3. Työryhmä toteaa, että 50–100 000 ei ole riittävä väestöpohja ”vaativampien palvelujen” järjestämiseen, vaan tähän tarvitaan ”järjestämisvastuullisten toimijoiden” sopimusyhteistyötä ja erva-yhteistyötä. Se, mitä sopimusyhteistyö tarkoittaisi, on vielä epäselvää. Ilmeisesti se tarkoittaisi joko liikelaitos-kuntayhtymänä tai osakeyhtiönä toimivia tuotantolaitoksia, jossa omistajina olisivat kunnat ja sote-alueet. Mitä EU:n kilpailulainsäädäntö sanoo tällaiseen malliin?
4. Ervoilla ei pääsääntöisesti olisi omaa palvelutuotantoa, vaan ”keskitettävät, erityisen vaativat palvelut ostettaisiin tai niiden tuottamisesta erva-alueittain sovittaisiin tarvittaessa”. Pystyykö pelkkä hallinnollinen erva päättämään kaikista niistä asioista, joita sille kaavaillaan? Koordinoiva erva on kunnallisen päätöksenteon muotoon puettu aluehallintovirasto; sen päätöksenteko olisi kummallinen yhdistelmä viranomaistoimivaltaa ja kuntien yhteistoimintaa: yhtymäkokous ja ammattihallitus.
5. Jos uudesta vaativampaa erikoissairaanhoitoa järjestävästä tasosta ei osata sanoa muuta kuin, että se on jonkinlaista sote-alueiden ja vahvojen kuntien yhteisorganisaation yhteistyötä, kannattaako pitää kiinni ”sairaanhoitopiirejä ei enää ole” -periaatteesta? Kaavaillaan omaisuuden uusjakoa ja monimutkaisia purkamisoperaatioita puhtaalta pöydältä - selvityshenkilöiden tehtävänä on kai sitten katsoa mitä tämä käytännössä merkitsee. Useissa tapauksissa sairaanhoitopiiri tai joissakin tapauksissa yhdistetyt sairaanhoitopiirit olisi luonnollinen sote-alue.
6. Työryhmä ei pystynyt esittämään mallia, joka selkeyttäisi nykyistä monipor-taista järjestelmää tai poistaisi sen päällekkäisyyksiä. Vaarana on, että palveluiden järjestämisestä vastuussa olevat tasot lisääntyvät eikä järjestämisestä ja rahoituksesta vastuussa olevien toimijoiden väestöpohja tavoitellulla tavalla kasva. Työryhmän työtä on vaikeuttanut myös se, että työtä sitovilla poliittisilla linjauksilla on rajattu eri vaihtoehtojen tarkastelua. Selvityshenkilöiden tehtävänä on nyt saada poliittisten kompromissien pohjalta syntyneistä linjauksista parissa kuukaudessa johdonmukaiselta näyttävä kokonaisuus.

Yhteenveto

Yhteenvetona voi todeta, että tarvitaan vielä yksi jatkoaika, jonka kuluessa määritellään kuntauudistuksen eteneminen ja koko kuntaperustaisen hyvinvointipalvelujärjestelmän tulevaisuus kestäväälle pohjalle.

Käsittääkseni jatkotyölle on olemassa kaksi vaihtoehtoa. Toinen vaihtoehto on THL:n eriävässä mielipiteessä esitetty, joka merkitsisi sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden irrottamista kunnallisesta omistuksesta, omistajaohjauksesta ja palvelujen järjestämiskokonaisuudesta. Perustelut ovat kestävä, jos puhuttaisiin pelkästään erikoissairaanhoidon ja vaativan sosiaalihuollon palveluista. Silloin, kun puhutaan kansalaisia lähellä olevista palvelukokonaisuuksista, on sosiaali- ja terveydenhuolto, sivistystoimi, liikuntatoimi, maankäytön suunnittelu ja myös kulttuuri yhdistettävä toimintaympäristöksi, joka tukee ihmistä elämän eri vaiheissa ja tilanteissa saumattomasti. THL:n esittämä vaihtoehto ei merkitsisi myöskään sitä, että kunnat vapautuisivat sosiaali- ja terveystaloukselta koskevista rahoitusvelvoitteista.

Jos halutaan pitää hallitusohjelman mukaisesti kiinni kuntaperusteisesta järjestelmästä, ensisijaisen vaihtoehdon pitäisi olla hallitusohjelman linjausten mukainen vahvojen peruskuntien järjestämis- ja rahoitusvastuuseen perustuva järjestelmä, jota tukisi kuntien omistamat erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yksiköt, joita voisi olla tässä maassa 12 – 15. Näistä 5 pitäisi sisällään nykyisen mallin mukaisesti yliopistosairaalat. Jokaisella yliopistosairaalalla olisi oma erityisvastuualueensa (erva). Koska suurimmat tuottavuushyödyt järjestelmään on saavutettavissa vaativan hoidon keskitämisellä, pitäisi näiden organisaatioiden ja niiden erikoisalojen välinen työnjako määritellä STM:n, THL:n ja yliopistosairaaloiden yhteistyönä nykyisten erva-alueiden pohjalle.

Edellä mainitut 12 – 15 erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yksiköt olisivat kuntien omistamia kuntayhtymiä. Kun kuntarakenteen olisi riittävän vahva (mm. väestöpohja ja taloudellinen kantokyky) ja kuntia olisi selvästi nykyistä vähemmän, toimisi myös omistajaohjaus paremmin. Samoin olisi helpompaa järjestää yhteistyö erityistason ja perustason toiminnassa niin terveydenhuollon kuin sosiaalitoimenkin osalta.

Jotta perusta, eli kuntarakennemuutos saataisiin toteutettua, pitäisi nyt uudistettavana olevaan kuntajakolakiin lisätä valtioneuvostolle toimivalta kuntajaosta päättämisestä.

Vantaa, 4.1.2013

Kari Nenonen
Kaupunginjohtaja, työryhmän jäsen

RAPORTIN LIITEAINEISTOA:

- Yliopistollisten sairaanhoitopiirien yhteinen näkemys terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä 11.9.2012, jonka työryhmä tilasi työtään varten
- Sosiaalialan osaamiskeskusjohtajat ja Valtakunnallisen sosiaalityön yliopistoverkoston Sosnetin johtoryhmän esitys 13.12.2012
- Kansanterveystyön johtajaverkoston julkilausuma 28.9.2012