

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:8

Aino-Inkeri Hansson

Selvitys sosiaali- ja terveyspalvelujen
ohjauksesta ja valvonnasta

Selvityshenkilön raportti

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2002

KUVAILULEHTI

| | | | |
|---|-----------------------|---|---------------------------------------|
| Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö | | Julkaisun päivämäärä 31.5.2002 | |
| Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja sihteeri) Selvityshenkilö Aino-Inkeri Hansson | | Julkaisun laji Selvityshenkilön raportti | |
| | | Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö | |
| | | Toimielimen asettamispäivä 5.2.2000 | |
| Julkaisun nimi (myös ruotsinkielinen) Selvitys sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksesta ja valvonnasta. Selvityshenkilön raportti. (Utredning om styrning och övervakning av social- och hälsovårdsservicen. Utredarens rapport) | | | |
| Tiivistelmä Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 5.2.2000 apulaisosastopäällikkö, hallitusneuvos Aino-Inkeri Hanssonin selvityshenkilöksi, jonka tehtävänä oli 1) selvittää, voidaanko, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ohjausta ja valvontaa tarvittavin osin tehostaa joko sisällyttämällä lainsäädäntöön valtuussäännöksiä tai muilla normi- sekä informaatio-ohjauksen keinoilla; 2) arvioida Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen, lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen ja perusturvalautakunnan asemaa ja tehtäviä sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksessa ja laillisuuden sekä asianmukaisuuden valvonnassa; sekä 3) selvittää, onko tarkoituksenmukaista laajentaa terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtäviä sosiaali- ja terveyspalveluja järjestävien julkisten ja yksityisten toimintayksiköiden asianmukaisuuden valvontaan; sekä 4) tehdä ehdotukset ohjauksen ja valvonnan organisoinnin ja lainsäädännön selkeyttämiseksi tarvittavista jatkotoimenpiteistä. Selvitystyön yhteydessä selvityshenkilö on kuullut sosiaali- ja terveysministeriön, lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen, terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen, perusturvalautakunnan ja Kuntaliiton edustajia. Raporttiin sisältyy kolme terveydenhuollon oikeusturvakeskusta, neljä lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoja ja kaksi perusturvalautakuntaa koskevaa ehdotusta sekä ehdotus lainsäädännön selkeyttämiseksi tarvittavasta strategiasta ja seuraavan sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman valmistelun yhteydessä sovitettavan laatusuosituksen organisoinnista. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtäviä laajennettavaksi sosiaalihuollon ohjaukseen ja valvontaan ei ehdoteta. Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle ehdotetaan ammatinharjoittajia koskevien kantelujen käsittelyn yhteydessä mahdollisuutta puuttua myös asianomaisen terveyspalveluja järjestävän julkisen tai yksityisen toimintayksikön toimintaan tietyin edellytyksin. Vaihtoehtoisesti ehdotetaan selvitettäväksi, tulisiko julkisten ja yksityisten terveydenhuollon toimintayksiköiden toiminnan valvonta säätää kokonaan TEO:n tehtäväksi, mikä merkitsisi huomattavia muutoksia nykyiseen lainsäädäntöön ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen sekä lääninhallitusten valvonta-tehtäviin. Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen toimintamenojen budjetointi ehdotetaan siirrettäväksi sosiaali- ja terveysministeriön pääluokkaan. Lääninhallituksille tulisi turvata lisääntyneiden ja yhä lisääntyvien ohjaus- ja valvonta-tehtävien hoitoon riittävät henkilöresurssit. Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen tulossopimuksissa sovitettujen tehtävien määrää tulisi vähentää. Perusturvalautakunnan omaaloitteinen käsittely ja selvitysten teettäminen ehdotetaan mahdollistettavaksi, ja perusturvalautakunnan toimivaltaa muutoinkin täsmennettäväksi muuttamalla perusturvalautakuntaa koskevia säännöksiä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetussa laissa. Vaihtoehtoisesti ehdotetaan perusturvalautakunta kokonaan muutettavaksi laajaksi asiantuntijaelimeksi, jonka tehtävänä olisi säännöllisesti arvioida informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta, käsitellä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen arvioinnin yhteydessä syntyvät alueelliset ja valtakunnalliset raportit sekä arvioida laatusuositusten toimeenpanoa ja toteutumista. | | | |
| Avainsanat (asiasanat): lääninhallitukset, ohjaus, perusturvalautakunta, terveydenhuollon oikeusturvakeskus, valvonta | | | |
| Muut tiedot Internetissä www.stm.fi | | | |
| Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:8 | | ISSN 1237-0606 | ISBN 952-00-1174-9 |
| Kokonaissivumäärä 48 | Kieli suomi | Hinta 14,80 € | Luottamuksellisuus julkinen |
| Jakaja STM:n julkaisumyynti, PL 535, 33101 Tampere puh. 03-260 8158 ja 03-260 8535 fax 03-260 8150, sähköposti: julkaisumyynti@stm.vn.fi | | Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö | |

PRESENTATIONSBLAD

| | | | |
|--|------------------------|--|-----------------------------------|
| Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet | | Utgivningsdatum 31.5.2002 | |
| Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Utredare Aino-Inkeri Hansson | | Typ av publikation Utredarens rapport | |
| | | Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet | |
| | | Datum för tillsättande av organet 5.2.2000 | |
| Publikation (även den finska titeln) Utredning om styrning och övervakning av social- och hälsovårdsservicen. Utredarens rapport (Selvitys sosiaali- ja terveystalvelujen ohjauksesta ja valvonnasta. Selvityshenkilön raportti) | | | |
| Referat Social- och hälsovårdsministeriet utnämnde den 5.2.2002 biträdande avdelningschef, regeringsråd Aino-Inkeri Hansson till utredningsman, vars uppgift det var att 1) utreda ifall styrningen och övervakningen av social- och hälsovårdens tjänster till behövliga delar kan effektiveras antingen genom att låta befogenhetsbestämmelser ingå i lagstiftningen eller med andra norm- samt informationsstyrningsmetoder; 2) utvärdera rättsskyddscentralen för hälsovårdens, länsstyrelsernas social- och hälsovårdsenheters och grundskyddsnämndens ställning och uppgifter i styrningen av social och hälsovårdsservicen och övervakningen av lag- och sak- enligheten; samt 3) utreda ifall det är ändamålsenligt att utvidga rättsskyddscentralen för hälsovårdens uppgifter till övervakning av de offentliga och privata verksamhetsenheterna som ordnar social- och hälsovårdsservice; samt 4) göra förslag gällande nödvändiga fortsatta åtgärder för att klarlägga styrningens och övervakningens organisation och lagstiftning. I samband med utredningsarbetet har utredningsmannen hört representanter för social- och hälsovårdsministeriet, länsstyrelsernas social- och hälsovårdsenheter, rättsskyddscentralen för hälsovården, grundskyddsnämnden och Finlands Kommunförbund. I rapporten ingår tre förslag gällande rättsskyddscentralen för hälsovården, fyra gällande länsstyrelsernas social- och hälsovårdsenheter och två gällande grundskyddsnämnden samt ett förslag till klarläggande av lagstiftningen om en nödvändig strategi och organisationen av arbetet med kvalitetsrekommendationer som besluts i samband med förberedelserna av nästa mål- och verksamhetsprogram för social- och hälsovården. Att rättsskyddscentralen för hälsovårdens uppgifter utvidgas till styrning och övervakning av socialvården föreslås inte. I samband med behandlingen av klagomål gällande yrkesutövare föreslås det att rättsskyddscentralen för hälsovården skall ha möjligheten att på vissa villkor ingripa också i verksamheten hos vederbörande offentliga eller privata verksamhetsenheter som ordnar hälso- och sjukvårdstjänster. Alternativt föreslås det att man utreder om övervakningen av offentliga och privata verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård stadgas helt som rättsskyddscentralen för hälsovårdens uppgift, vilket skulle betyda avsevärda förändringar i den nuvarande lagstiftningen och rättsskyddscentralen för hälsovårdens och länsstyrelsernas övervakningsuppgifter. Budgeteringen av länsstyrelsernas social- och hälsovårdsenheters verksamhetsutgifter föreslås förflyttas till social- och hälsovårdsministeriets huvudklass. För länsstyrelserna borde tillräckliga personalresurser tryggas för skötseln av de ökade och ökande styrnings- och övervakningsuppgifterna. Mängden uppgifter som fastställts i länsstyrelsernas social- och hälsovårdsenheters löneavtal borde minska. Grundskyddsnämnden föreslås ha möjlighet till självständig behandling samt möjlighet att låta göra utredningar, och man föreslår också att grundskyddsnämndens befogenheter för övrigt specificeras genom att bestämmelserna gällande grundskyddsnämnden ändras i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården. Alternativt föreslås det att grundskyddsnämnden helt ändras till ett omfattande sakkunnigorgan, vars uppgift skulle vara att regelbundet utvärdera informationsstyrningens effektivitet, behandla de regionala och riksomfattande rapporter som uppkommer i samband med utvärderingen av social- och hälsovårdens bastjänster samt utvärdera utförandet och förverkligandet av kvalitetsrekommendationerna. | | | |
| Nyckelord grundskyddsnämnden, länsstyrelser, rättsskyddscentralen för hälsovården, styrning, övervakning | | | |
| Övriga uppgifter På Internet: www.stm.fi | | | |
| Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2002:8 | | ISSN 1237-0606 | ISBN 952-00-1174-9 |
| Sidoantal 48 | Språk Finska | Pris 14,80 € | Sekretessgrad Offentlig |
| Distribution/Försäljning Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning, PB 536, 33101 Tammerfors, tfn 03-260 8158 och 03-260 8535, fax 03-260 8150, e-post: julkaisumyynti@stm.vn.fi | | Förlag Social- och hälsovårdsministeriet | |

DOCUMENTATION PAGE

| | | | |
|--|-------------------------|---|------------------------------|
| Publisher Ministry of Social Affairs and Health | | Date 31 May 2002 | |
| Authors Investigator Aino-Inkeri Hansson | | Type of publication Investigator's report | |
| | | Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health | |
| | | Date of appointing the organ 5 February 2000 | |
| Title of publication Investigation concerning the steering and supervision of the social welfare and health care service | | | |
| Summary On February 5, 2002 the Ministry of Social Affairs and Health appointed Deputy Director General, Ministerial Councillor, Legal Affairs Aino-Inkeri Hansson administrator with the task of 1) establishing whether the steering and supervision of social welfare and health care services for those parts necessary can be intensified either by including provisions concerning authority in legislation or through other methods of norm or information direction; 2) evaluate the position and tasks of the National Authority for Medicolegal Affairs, the Social and Health Departments of the Provincial State Offices and the Basic Security Guarantee Board in the steering of the social welfare and health care service and supervision of legality and propriety; and 3) establish whether it is appropriate to broaden the tasks of the National Authority for Medicolegal Affairs to include the supervision of those public and private operational units that arrange social welfare and health care services; as well as 4) make proposals concerning necessary future measures to clarify organisation and legislation with regard to steering and supervision. In connection to the investigation work the administrator has heard representatives of the Ministry of Social Affairs and Health, the Social and Health Departments of the Provincial State Offices, the National Authority for Medicolegal Affairs, the Basic Security Guarantee Board and the Association of Finnish Local and Regional Authorities. The report includes three proposals concerning the National Authority for Medicolegal Affairs, four concerning the Social and Health Departments of the Provincial State Offices and two concerning the Basic Security Guarantee Board as well as a proposal concerning the clarification of legislation with regard to a necessary strategy and the organisation of the work with recommendations concerning quality that are decided in connection with the preparation of the next target and action plan for social welfare and health care. It is not proposed that the tasks of the National Authority for Medicolegal Affairs should be broadened to include the steering and supervision of social welfare. In connection with the examination of complaints concerning professionals it is proposed that the National Authority for Medicolegal Affairs would have the possibility of, on certain conditions, intervening in the activities of the public or private operational units in question that produce social welfare and health care services. Alternatively it is suggested that it should be established whether the supervision of the activity of public and private health care units should be enacted entirely as the task of the National Authority for Medicolegal Affairs, which would mean considerable changes to the current legislation and the supervisory tasks of the National Authority for Medicolegal Affairs and Provincial State Offices. It is proposed that the budgeting of the Social and Health Departments of the Provincial State Offices should be moved to the main division of the Ministry of Social Affairs and Health. Sufficient personnel resources for the management of the increasing steering and supervisory tasks should be secured for the Provincial State Offices. The amount of tasks set out in the wage agreements of the Social and Health Departments of the Provincial State Offices should be decreased. Making the unprompted management and ordering of investigations possible for the Basic Security Guarantee Board is suggested as well as the defining of the authority of the Basic Security Guarantee Board by amending the provisions concerning the Basic Security Guarantee Board in the act on the planning of and state subsidy for welfare and health. Alternatively it is suggested that the Basic Security Guarantee Board should be completely transformed into a broad body of experts, whose task would be to regularly evaluate the effectiveness of the information-steering, manage the regional and national reports that arise in connection with the evaluation of basic social welfare and health care services as well as evaluate the implementation and realisation of recommendations on the quality of services. | | | |
| Key words Basic Security Guarantee Board, National Authority for Medicolegal Affairs, Provincial State Offices, steering, supervision | | | |
| Other information Internet: www.stm.fi | | | |
| Title and number of series Working Group Memorandum of the Ministry of Social Affairs and Health 2002:8 | | ISSN 1237-0606 | ISBN 952-00-1174-9 |
| Number of pages 48 | Language Finnish | Price € 14.80 | Publicity Public |
| Distributor/Orders Ministry of Social Affairs and Health, Publications sale, P.O.B. 536, FIN-33101 Tampere, Finland, tel. +358 3 260 8158 and +358 3 260 8536, fax +358 3 260 8150, e-mail julkaisumyynnti@stm.vn.fi | | Financier Ministry of Social Affairs and Health | |

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi 5.2.2001 tekemällään päätöksellä tehtäväkseni selvittää,

- 1) voidaanko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ohjausta ja valvontaa tarvittavin osin tehostaa joko sisällyttämällä lainsäädäntöön valtuussäännöksiä tai muilla normi- sekä informaatio-ohjauksen keinoilla;
- 2) arvioida Terveystieteiden tutkimuskeskuksen, lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen ja perusturvalautakunnan asemaa ja tehtäviä sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauksessa ja laillisuuden sekä asianmukaisuuden valvonnassa; sekä

- 3) selvittää, onko tarkoituksenmukaista laajentaa terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtäviä sosiaali- ja terveysturvapalveluja järjestävien julkisten ja yksityisten toimintayksiköiden asianmukaisuuden valvontaan; sekä
- 4) tehdä ehdotukset ohjauksen ja valvonnan organisoimiseen ja lainsäädännön selkeyttämiseksi tarvittavista jatkotoimenpiteistä.

Selvitystyön taustana oli pääjohtaja Jussi Huttusen selvityshenkilöraportti, jossa oli ehdotukset siitä, miten Stakesin tutkimustoimintaa ja laitoksessa olevaa osaamista voitaisiin paremmin käyttää hyväksi päätöksenteon eri tasoilla (STM, työryhmämuistio 2000:12). Raportissaan selvityshenkilö suositteli harkittavaksi terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtäviä laajennettavaksi sosiaalihuoltoon ja toimivaltaa ulotettavaksi palveluita järjestävien julkisten ja yksityisten laitosten ja toimintayksiköiden asianmukaisuuden valvontaan. Vahvistettu yksikkö tukisi lääninhallituksia erityisasiantuntemusta vaativissa tehtävissä. Sille siirtyisi lisäksi selvityksiä, valvonta- ja tarkastustehtäviä sekä lausuntoja, jotka nykyään kuormittavat kohtuuttomasti ministeriötä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja valvontaa tehostettaisiin joko valtuussäännöksin tai normiohjauksen keinoilla (Suositus 19).

Selvityshenkilö Huttunen totesi, että mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon keskushallintoa lähdetäisiin uudistamaan edellä mainituista lähtökohdista, se edellyttäisi 1 - 2 vuoden valmistelua. Ensimmäisessä vaiheessa tulisi huolellisesti arvioida nykyjärjestelmän toiminta ja sen ongelmat.

Tämän selvitystyön tavoitteiksi asetettiin edellä selostetun suosituksen mukaisesti arvioida tehtäväksiannossa mainittujen organisaatioiden asemaa ja tehtäviä palvelujen ohjauksessa ja valvonnassa, resurssointia sekä mahdollisia päällekkäisyyksiä sekä puutteellisuksia toimivaltuuksissa ja tehtävissä, sekä arvioida voimassa olevan lainsäädännön valtuussäännöksiä ja niiden nojalla annettavan alemmanasteisen normiohjauksen ja informaatio-ohjauksen kehittämistarpeita.

Selvitystyön määräajaksi asetettiin 31.12.2001. Tehtävä tuli suorittaa virkatyönä vapautettuna sosiaali- ja terveysministeriön työjärjestyksen 22 §:n 3 momentin mukaisesti varsinaisista tehtävistä siten, että 60 prosenttia työajasta tuli käyttää annetun tehtävän suorittamiseen ja 40 prosenttia varsinaisiin tehtäviin.

Sosiaali- ja terveysministeriö pidensi 14.12.2001 tekemällään päätöksellä pyynnöstäni selvitystyölle asetettua määräaikaan 31.3.2002 saakka ja edelleen 8.4.2002 tekemällään päätöksellä 31.5.2002 saakka.

Selvitystyön aikana olen toteuttanut ennakkoon lähetettyjen kysymysten pohjalta haastattelukierroksen kaikissa lääninhallituksissa seuraavasti: Oulun lääninhallitus 14.5.2001, Länsi-Suomen lääninhallituksen Jyväskylän yksikkö 11.6.2001, Tampereen yksikkö 20.8.2001, Turun yksikkö 12.10.2001 ja Vaasan yksikkö 7.11.2001, Etelä-Suomen lääninhallituksen Hämeenlinnan yksikkö 25.5.2001, Kouvolan yksikön sosiaalilainneuvos 5.5.2001 ja Helsingin yksikkö 23.10.2001, Itä-Suomen lääninhallituksen Kuopion, Mikkelin ja Joensuun yksiköiden edustajat Kuopiossa 12.6.2001, ja Lapin lääninhallitus 22.10.2001. Lääninhallituksissa käydyissä keskusteluissa on ollut mukana läänin sosiaali- ja terveysneuvosten ja lääninsosiaalilainneuvosten lisäksi yhteensä 49 asiantuntijaa. Lisäksi olen haastatellut terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ylijohtaja Eila Uotilaa ja apulaisjohtaja Tarja Holia. Lääninhallituksista ja terveydenhuollon oikeustur

vakeskuksesta olen lisäksi saanut kirjallista aineistoa, ja osallistunut virastojen yhteiseen valvontaa ja ohjausta käsittelevään työkokoukseen 28.8.2001.

Lisäksi olen erikseen haastatellut hallitussihteerin, nyttemmin esittelijän Harri Sintosta Eduskunnan oikeusasiamiehen toimistosta sekä käynyt keskusteluja ja pyytänyt kommentteja luonnoksesta sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveystalvospalveluosaston johtoryhmältä ja muilta asiantuntijoilta. Kuntaliiton johtavalta lakimieheltä Taisto Ahvenaiselta olen saanut Kuntaliitossa laadittua kirjallista aineistoa perustalvospalveluista sekä arvokkaita kommentteja. Perustalvospalvelutalvokunta on käsitellyt raporttiluonnosta kokouksessaan 17.5.2002, ja perustalvospalvelutalvokunnan jäsenet ovat myös antaneet kirjallisia kommentteja.

Haastatteluissa ja keskusteluissa saamani runsaan ja arvokkaan tietoaaineiston ja neuvonperusteella sekä perehtyessäni selvitystyöni kannalta relevanttiin kirjalliseen aineistoon olen havainnut, että selvitystyön tavoitteet ja tehtävät ovat asetettuun määräaikaan ja virkatehtävieni ohella käytettävissä olleeseen selvitysaikaan nähden olleet niin laajat ja monisyiset, että toimeksiannossa selvitettäväksi määrättyjen tehtävien osalta ei ole ollut mahdollisuuksia riittävän syvälliseen aineistoon paneutumiseen ja pohdintaan. Sen vuoksi tämän selvitystyön johtopäätökset ja ehdotukset ovat osittain vain suuntaantavia ja vaativat vielä runsaasti jatkotyötä.

Toimeksiannon 1 kohdassa tarkoitettua normien ja informaatio-ohjauksen keinojen tehostamisen tarkastelua tulee jatkaa ja syventää sekä vuosia 2004 - 2007 koskevaa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaa valmisteltaessa että erityisesti sosiaali- ja terveysministeriön kuluva vuoden toimintasuunnitelmaan sisällytetyssä palvelulainsäädäntöstrategia-hankkeessa, jonka tavoitteena on laatia pitemmän tähtäyksen strateginen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi siten, että lainsäädäntö vastaa nykyistä paremmin lähivuosikymmenten haasteisiin (esimerkiksi ikääntyvän väestön toimintakyvyn säilyttäminen ja tarvittavien palvelujen turvaaminen, teknologian kehitys, alueellinen kehitys, kansainvälistyminen ja perusoikeuksien turvaaminen).

Viranomaistehtävien osalta tarkastelu on toimeksiannon mukaisesti rajoitettu terveydenhuollon oikeustalvakeskuksen, lääninhallitusten sosiaali- ja terveystalvospalvelu- ja perustalvospalvelutalvokunnan asemaan ja erityisesti valvontatehtäviin. Olen tietoinen siitä, että muun ohella valtioneuvoston asettaman keskushallintohankkeen työryhmissä ja muutoinkin on käsitelty laajemminkin ministeriöiden ja muiden keskushallintoviranomaisten sekä myös tutkimus- ja kehittämiskeskusten roolia ja asemaa ohjauksessa ja talvonnassa, joten rajattuun tarkastelukulmaan pohjautuvat ehdotukseni ovat varsin kapea-alaiset, koska niissä ei ole otettu huomioon muualla tunnistettua laajemman ja perusteellisemmän koordinaation ja vahvistamisen tarvetta valtioneuvoston viranomaisohjauksensu-tyksissä.

Syksyllä 2001 käynnistettiin kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projekti teki ehdotuksia muun muassa terveydenhuollon ohjauksen tehostamiseksi ja lainsäädännön kehittämiseksi. Kansallisen terveysprojektin ehdotuksia ja niiden toimeenpanoa kuten meneillään olevien muidenkaan hankkeiden tavoitteita ei tähän selvitykseen kuitenkaan ole ollut mahdollista eikä toimeksiannon mukaistakaan yrittää yhteensovittaa.

Luovutan kunnioittavasti muistioni sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 31 päivänä toukokuuta 2002

Aino-Inkeri Hansson

SISÄLLYSLUETTELO

| | |
|---|-----------|
| 1. YLEISTÄ | 15 |
| 2. NYKYTILA | 16 |
| 2.1. LAINSÄÄDÄNTÖ- JA RAHOITUSOHJAUS | 16 |
| 2.2. INFORMAATIO-OHJAUS, SEURANTA JA ARVIOINTI..... | 19 |
| 2.3. VALVONTA JA MUUTOKSENHAKU | 20 |
| 2.3.1. <i>Viranomaiset</i> | 21 |
| 2.3.1.1. <i>Perusturvalautakunta</i> | 22 |
| 2.3.1.2. <i>Terveysturvakeskus</i> | 23 |
| 2.3.1.3. <i>Lääninhallitukset</i> | 24 |
| 3. OHJAUKSESSA JA VALVONNASSA TAPAHTUNEET MUUTOKSET..... | 25 |
| 3.1. NORMIEN PURKU..... | 26 |
| 3.2. RAHOITUKSESSA TAPAHTUNEET MUUTOKSET | 27 |
| 3.3. ASIAKKAAN JA POTILAN ASEMAN JA OIKEUKSIEN KOROSTAMINEN SEKÄ PALVELUJEN LAATU.. | 28 |
| 3.4. VIRANOMAISTEN ORGANISAATIO- JA TEHTÄVÄMUUTOKSET | 29 |
| 3.5. TULOSOHJAUS..... | 30 |
| 3.5.1. <i>TEOn tulossopimus</i> | 30 |
| 3.5.2. <i>Lääninhallitusten tulossopimukset</i> | 31 |
| 4. RUOTSIN VALVONTAJÄRJESTELMÄ..... | 32 |
| 5. NYKYTILANTEEN ONGELMIA JA HAASTEITA | 33 |
| 5.1. ERIARVOISUUDEN LISÄÄNTYMINEN | 33 |
| 5.2. OHJAUKSEN JA VALVONNAN USKOTTAVUUSKRIISI..... | 36 |
| 5.3. RESURSSIVAJE..... | 37 |
| 6. EHDOTUKSET | 40 |
| 1. VIRANOMAISIA KOSKEVAT EHDOTUKSET | 40 |
| 2. SÄÄDÖSOHJAUSTA JA LAATUSUOSITUKSIA KOSKEVAT EHDOTUKSET | 46 |

1. YLEISTÄ

Ohjauksen keinot jaotellaan useimmiten seuraavasti:

- 1) normi- tai säädösohjaus,
- 2) resurssiohjaus ja
- 3) informaatio-ohjaus eli tiedon avulla ohjaaminen
- 4) etu- ja jälkikäteinen valvonta.

Normi- eli säädösohjaus tarkoittaa eduskunnan säätämässä laeissa sekä asetuksissa ja muissa alemmanasteisissa säädöksissä tai määräyksissä säänneltyä ohjausta, joka yleensä velvoittaa toiminnasta vastuussa olevaa organisaatiota tai henkilöä toimimaan tietyllä tavalla. Laki, asetus tai alemmanasteinen määräys on velvoittava. Sen noudattamatta jättäminen on yleensä sanktioitu.

Resurssiohjaus on päätöksentekoa siitä, mihin voimavaroja käytetään. Valtion resurssiohjauksen keskeisin väline on talousarvio, jonka avulla Eduskunta päättää vuosittain valtakunnan tasolla valtion käytettävissä olevien voimavarojen tasosta ja suuntaamisesta. Kunnanvaltuustot päättävät kunnan budjetin yhteydessä voimavarojen käytöstä eri tehtäviin. Kuntasektorille maksettavien valtionosuuksien ohjaus on muuttunut väljäksi vuoden 1993 alusta voimaan tulleen valtionosuus uudistuksen myötä. Tuolloin luovuttiin kustannusperusteisesta valtionosuudesta, tehtävien yksityiskohtaisesta ohjauksesta ja virkojen tehtäväalueittaisesta jakamisesta. Kunnilla on itsehallintonsa puitteissa mahdollisuus päättää voimavarojen käytöstä tarkoituksenmukaisimmaksi katsomallaan tavalla, joskaan kunnan liikkumavara ei, ainakaan taloudellisen tilanteen ollessa heikko, ole kovin suuri, koska lakisääteiset tehtävät tulee hoitaa käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa.

Informaatio-ohjausta on esimerkiksi tiedon välittäminen ja kouluttaminen sekä projekteihin tai muuhun kehittämistoimintaan - kehittämistoiminnan käsitteen ollessa varsin vakiintumaton - osallistuminen tai sen tukeminen. Informaatio-ohjaukseksi voidaan myös lukea monenlainen vuorovaikutus, kuten työryhmissä, verkostoissa tai erilaisissa neuvottelujärjestelmissä harjoitettava tietojen vaihto ja yhteistyö. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan tuloksista kertovat raportit, julkaisut, artikkelit, asiantuntijapuheenvuorot ja -esitelmät, seminaariraportit ja -koosteet ovat esimerkkejä informaatio-ohjauksesta. Ohjelmat ja strategiset asiakirjat, opaskirjat, suositukset ja esimerkiksi laatua mittaavat indikaattorit tai standardit ovat informaatio-ohjausta, koska niillä ei ole normin sitovuutta eikä niiden noudattamatta jättämiseen liity oikeudellisia tai taloudellisia seuraamuksia. Kunnallisen palvelujärjestelmän näkökulmasta merkittävin yleinen informaatio-ohjauksen väline on valtioneuvostossa neljäksi vuodeksi kerrallaan hyväksyttävä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO). Informaatio-ohjauksena on pidettävä myös valtakunnallisia laatusuosituksia, joita on valmisteltu TATOn ensimmäisellä ohjelmakaudella.

Valvontaa ovat etukäteisvalvonnan piiriin kuuluvat lupa- ja ilmoitusmenettely, johon luvan myöntämisen ehdoksi voidaan liittää viranomaisen etukäteen suorittama toimilojen sekä henkilöstörakenteen- ja määrän tarkastus. Valvottava raportoi toiminnastaan valvonta- ja tarkastusviranomaisille tilinpäätöksissään ja toimintakertomuksissaan. Ennakollista valvontaa sisältyy myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöltä vaadittaviin kelpoisuuksiin, joista on säädetty terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevassa

lainsäädännössä sekä sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annetussa asetuksessa.

Ohjauksessa ja valvonnassa tarvittavaa tietoa saadaan tiedonkeruun ja tilastoinnin, tutkimus- ja kehittämistoiminnasta saatavan informaation sekä toiminnan seurannan ja arvioinnin avulla. Jälkikäteisvalvonta toteutuu useimmiten siten, että valvontaviranomainen saa tiedon yksittäistapauksista valituksista ja kanteluista, eduskunnan oikeusasiamiehen tai oikeuskanslerin kautta tai epävirallisista yhteydenotoista ja tarkastuspyynnöistä.

2. NYKYTILA

2.1. Lainsäädäntö- ja rahoitusohjaus

Perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Saman säännöksen 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä on kunnilla. Palvelujen järjestämisvastuuta määritteleviä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevia lakeja ja asetuksia on useita kymmeniä.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädännöllä on runsaasti yhtymäkohtia muihin oikeudenaloihin, kuten hallinto-oikeuteen, työoikeuteen, perheoikeuteen ja vero-oikeuteen. (Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä, Jouko Narikka (toim.), Piekämäki 2001). Sosiaalioikeus oikeudenalana sekä sosiaalioikeuden aineellinen lainsäädäntö on paljon laajempi käsite kuin kunnallisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon tai sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä koskeva lainsäädäntö. (Kaarlo Tuori: Sosiaalioikeus. Porvoo 2000). Tämä selvitys rajoittuu siihen ohjaus- ja valvontatoimintaan, jota harjoitetaan lähinnä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevan, hallintomenettelyjä ja muutoksenhakua yleisesti sääntelevän muun lainsäädännön sekä selvityksen kohteena olevia viranomaisia koskevien hallintolakien ja -asetusten perusteella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntö ei yleensä sääntele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä ja järjestämistapaa. Tyypillinen tapa säännellä palvelujen järjestämisvastuusta on esimerkiksi päihdehuoltolain 3 §:n 1 momentin sanamuoto: ”Kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää ”.

Toiminnassa voi olla kuntakohtaisia eroja paikallisten olosuhteiden ja väestön tarpeiden mukaan. Kunta voi järjestää palvelut joko itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostamalla palveluja julkisilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Ostaessaan palveluja yksityisiltä kunnan on varmistuttava siitä, että palvelujen taso vastaa sitä tasoa, jota

edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta (L sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta, STVOL, 4 §).

Ns. subjektiiviset oikeudet ovat esimerkkejä toiminnan laajuuden pakottavasta sääntelystä. Kunnalla on velvollisuus järjestää nämä palvelut jokaiselle, joka täyttää laissa säädetyt edellytykset. Subjektiivisia oikeuksia ovat alle oppivelvollisuusikäisten lasten vanhempien tai huoltajien oikeus saada lapselle kunnan järjestämä päivähoitopaikka tai vaihtoehtoinen oikeus yksityisen hoidon tukeen, eräät vaikeavammaisten oikeudet vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin ja korvauksiin, eräät lastensuojelun avo- huollon tukitoimenpiteet ja jälkihuolto, kehitysvammaisten henkilöiden oikeus kuljetus- palveluihin sekä oikeus ensiapuun ja kiireelliseen sairaanhoitoon, joka syntyy silloin, kun ensiavun tarve havaitaan ja määritellään, ja ensiapu- tai sairaanhoitotoimenpiteet ovat välttämättömiä ihmisen hengen pelastamiseksi tai hengen ja terveyden suojelemiseksi.

1990-luvulta alkaen on sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä alettu korostaa myös palvelujen tarvitsijan tai käyttäjän asemaa ja oikeuksia.

Erityislainsäädännön mukaiset, kunnan järjestämisvastuun piiriin kuuluvat tehtävät ovat valtionosuustehtäviä. Kunnille maksettavat valtionosuudet on tarkoitettu näiden tehtävien rahoittamiseen. Suunnittelu- ja valtionosuuslakia sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitteluun ja valtionosuuteen, jos erityislaissa niin säädetään. Esimerkkinä tästä olkoon erikoissairaanhoitolain 4 §, jonka mukaan "kunnan tämän lain nojalla järjestämään toimintaan sovelletaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annettua lakia, jollei lailla toisin säädetä". Kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon (STVOL 3 §).

Kuntien valtionosuuslain (KuVOL) mukaan valtionosuuksien tai niiden määräämisen perusteena olevat keskimääräiset markkamäärät tai laskennalliset kustannukset vahvistetaan vuosittain seuraavaa varainhoitovuotta varten, ja tällöin otetaan huomioon arvioitu valtionosuustehtävien laajuuden ja laadun muutos, jos se aiheutuu asianomaista valtionosuustehtävää koskevasta laista tai asetuksesta, lakiin tai asetukseen perustuvasta valtion viranomaisen määräyksestä tai sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarapäätöksestä (nyk. asetuksesta) taikka valtion talousarviosta (KuVOL 3 ja 4 §).

Yksityiset palvelut täydentävät kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Yksityisiltä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottajilta edellytetään lupaa tai ilmoitusta toiminnan harjoittamisesta (L yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) ja L yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1996)). Kunta voi hoitaa osan valtionosuustehtävistään ostamalla STVOL 4 §:n mukaisesti asukkailleen palveluja ostopalveluina yksityisiltä palvelujen tuottajilta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön mukaiset kuntien tehtävät rahoitetaan pääosin verojen avulla, pieneltä osin asiakasmaksuilla. Kunnat rahoittavat toimintaansa muun ohella kunnallisveron tuotolla sekä kiinteistöveron ja yritysten ja yhteisöjen maksuman yhteisöveron tuotolla. Valtio rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa suoraan kunnille laskennallisin perustein maksettavan käyttökustannusten valtionosuuden kautta sekä kunnille ja kuntayhtymille maksettavien perustamishankkeiden valtionosuuden kautta. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset jakautuvat kuntien ja valtion kesken siten, että valtion osuus on vuonna 2002 25,3 prosenttia ja kuntien osuus

74,7 prosenttia. Investointeihin maksettava valtionosuusprosentti on vuoden 2002 alusta 25, kuitenkin siten, että vuosina 2002 ja 2003 vahvistettaviin pieniin hankkeisiin maksetaan valtionosuutta 25 - 50 prosenttia kustannuksista riippuen kuntien valtionosuuslain mukaisesti määräytyvästä tasatusta verotulosta.

Käyttökustannusten valtionosuus on kunnalle määriteltyjen laskennallisten kustannusten ja kunnan omarahoitusosuuden erotus. Laskennalliset kustannukset määritellään erikseen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon määräytymistekijöiden sekä kunnan syrjäisyyden perusteella. Määräytymistekijöitä ovat asukasluku, ikärakenne, palvelu- ja jalostusammattissa toimivien osuus työllisestä työvoimasta, työttömyys ja sairastavuus sekä syrjäisyys (STVOL 12 §).

Ennen vuotta 1993 voimassa olleessa kustannusperusteisessa järjestelmässä valtioneuvosto ohjasi valtionosuuksien käyttöä talousarvioesityksen yhteydessä vahvistetun valtakunnallisen suunnitelman (VALSU) avulla antamalla tehtäväkohtaiset tavoitteet ja osittain sitovat ohjeet ja määräykset sekä jakamalla tehtäväryhmittäin määritellyt henkilökunnan lisäykset lääneittäin. Ohjeita täydennettiin lääkintöhallituksen tai sosiaalihuollon ohjeilla. Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen jälkeen valtio ei enää anna sitovia ohjeita resurssien suuntaamisesta. Valtakunnallinen suunnitelma, joka muuttui jo valtionosuusuudistuksen yhteydessä ei-sitovaksi, muutettiin nelivuotiskausittain annettavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaksi vuoden 2000 alusta. Tavoite- ja toimintaohjelmassa on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle asetettavat tavoitteet ja niiden saavuttamiseksi tarvittavat toimenpiteet, suositukset ja ohjeet. Asiakirja ei sido kuntia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon voimavara-asetus sisältää valtion talousarvioon liittyen valtionosuuden laskennan perusteena olevien käyttökustannusten kokonaismäärää koskevan arvion, kunnan valtionosuuden laskennassa käytettävät laskennalliset kustannukset asukasta ja työtöntä kohden sekä kunnan omarahoitusosuuden asukasta kohden.

Erikoissairaanhoitolain 47 - 47 b §:n mukaisesti valtio maksaa laskennallisin perustein terveydenhuollon toimintayksiköitä ylläpitäville kunnille ja kuntayhtymille, valtion mielisairaaloille sekä asetuksella säädetyleille muille terveydenhuollon toimintayksiköille erillistä korvausta lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta sekä yliopistotasoisesta terveystieteellisestä tutkimustoiminnasta

Lastensuojelulain sekä STVOL:n perusteella valtio maksaa korvausta lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmän menoihin. Korvaus maksetaan kehitysvammahuollon erityishuoltopiirien kuntayhtymille, jotka huolehtivat järjestelmän toimeenpanosta. Erikoissairaanhoitolaissa on säädetty, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä tulee olla tasausjärjestelmä kuntayhtymän jäsenkunnalle aiheutuneiden poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasaamiseksi. Järjestelmä on sairaanhoitopiiri-kohtainen, eikä valtio osallistu sen rahoittamiseen.

Parina viime vuotena valtion talousarvioon on otettu korvamerkittyjä määrärahoja erikseen määriteltyyn tarkoitukseen, kuten valtionavustukseen lasten ja nuorten psykiatrian palveluihin vv. 2000 - 2002 ja valtionavustukseen kunnille huumeiden käyttäjien hoitoon v. 2002. Vuonna 2002 on käynnistynyt lisäksi lakisääteisenä sosiaalialan osaamiskeskustoiminta erikseen maksettavan valtionavustuksen turvin. Samalla kun rahoja on korvamerkitty, ne on yleensä "imuroitu" laskennallisin perustein määräytyvältä käyttö

kustannusten valtionosuusmomentilta. Vuonna 2002 lisättiin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuutta arvonnalisäveron takaisinperintäjärjestelmästä luopumisen ja verotulojen tasausjärjestelmän uudistamisen myötä, ja lisäyksistä on alustavasti sovittu myös vuosien 2003 ja 2004 budjettiin. Valtionosuusmomentin hintakorjaus eli kustannustason arvioidusta muutoksesta johtuva korjaus tehtiin puoleen määrään.

Tutkimus-, kehittämis- ja kokeilutoimintaan ohjataan resursseja monen eri kanavan kautta. Sosiaali- ja terveysministeriö varaa vuosittain toimintamenoihinsa määrärahaa ministeriön omaa päätöksentekoa ja sosiaali- ja terveystieteellisiä tavoitteita palvelevaa tutkimus- ja kehittämistyötä varten. Ministeriö on rahoittanut valtakunnallisia erityishankkeita kuten Terveydenhuolto 2000-luvulle -hanke, Terveys 2015-kansanterveysohjelma, tavoite- ja toimintaohjelman mukaiset TATO-hankkeet, Verkostoituvat erityispalvelut -hanke ja eräät tietoteknologian kehittämishankkeet. Terveyden edistämistoimintaa tuetaan toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain ja raittiuslainsäädännön mukaisilla terveyden edistämismäärärahoilla. Euroopan unionin rakennerahastojen varoilla tuettujen hankkeiden kansalliseen rahoitukseen osallistutaan tiettyjen toimenpidekokonaisuuksien kautta. Lisäksi osallistutaan yhteisöaloiteohjelmiin.

Kuntien ja kuntayhtymien antamista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista voidaan periä maksu palvelujen käyttäjältä, jollei lailla toisin säädetä. Maksu voidaan periä henkilön maksukyvyyn mukaan (L sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1 §). Osa palveluista on lailla säädetty maksuttomiksi (L sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 4 ja 5 §). Asiakasmaksujen osuus on runsaat 10 prosenttia palvelujen rahoituksesta.

2.2. Informaatio-ohjaus, seuranta ja arviointi

Informaatio-ohjauksen sisällöstä, laajuudesta tai toimeenpanosta ei yleensä ole lain säännöksiä. Informaatio-ohjaus voi olla esimerkiksi koulutusta, tilasto- tai tutkimustiedon sekä asiantuntijapalvelujen välittämistä, oppaiden tai suositusten ja muiden julkaisujen laadintaa ja tiedottamista, kehittämishankkeiden tai projektien rahoittamista tai henkilöstön käyttöä näihin hankkeisiin. Informaatio-ohjausta toimeenpanevat muun ohella hallinnonalan viranomaiset, yliopistot, muut koulutusorganisaatiot ja tutkimuslaitokset, Suomen Kuntaliitto koulutusorganisaatioineen sekä kansalaisjärjestöt. Informaatio-ohjaukseen liittyvät tehtävät kuten alan tiedonvälitys sekä tutkimus- ja kehittämistoiminta kuuluvat erityisesti Stakesin lakisääteisiin tehtäviin.

Sekä normi-, resurssi- että informaatio-ohjaus ja valvonta tarvitsevat tuekseen mieluusti järjestelmällistä ja tarpeeksi kattavaan tietoon perustuvaa seuranta- ja arviointia. Parhaimmillaan ohjaus ja valvonta voisi perustua lähes reaaliaikaiseen tietoon, jonka perusteella voitaisiin kohtalaisen nopeastikin tehdä johtopäätöksiä tarvittavista toimenpiteistä. Jälkikäteisvalvonnassa asioihin voidaan kuitenkin puuttua vain silloin, kun kantelu tai valitus pannaan vireille, tai usein vasta kun jokin epäkohta nousee laajemmin esiin. Suomessa ei kuitenkaan ole lakiin perustuvaa velvollisuutta ilmoittaa havaituista riskitilanteista tai riskejä luovista tai vahinkoa aiheuttavista käytännöistä Ruotsin Lex Marian tapaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon seuranta ja arviointi kuuluu Stakesin lakisääteisiin tehtäviin. Myös sosiaali- ja terveysministeriö seuraa ja arvioi sosiaali- ja terveydenhuollon tilannetta.

Lääninhallituksilla on nykyisin lääninhallituslain 2 §:n 2 momentin nojalla lakisääteinen tehtävä arvioida alueellisesti toimialansa peruspalveluja. Tehtävä liittyy olennaisena osana sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa asetettujen kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden sekä sosiaali- ja terveysministeriön lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoille antamien tulostavoitteiden toteutumisen seurantaan. Lääninhallituksille annettua vuosittain toteutettavaa peruspalvelujen arviointia koordinoidaan sisäasiainministeriössä. Arviointitehtävä muodostaa tärkeän tuen lääninhallitusten ohjaus- ja valvontatehtävälle.

Sisäasiainministeriö seuraa yleisesti kuntien toimintaa ja taloutta sekä huolehtii, että kuntien itsehallinto otetaan huomioon kuntia koskevan lainsäädännön valmistelussa (KuntaL 8 § 1 momentti). Sisäasiainministeriön yhteydessä toimii KuntaL:n 8 §:n 3 momentin mukaisesti asetuksella säädetty kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, jonka tehtävänä on käsitellä kuntia koskevaa lainsäädäntöä, periaatteellisesti tärkeitä ja laajakantoisia kunnallishallinnon ja -talouden asioita sekä valtion- ja kunnallistalouden yhteensovittamista.

Myös kunnat itse, Kuntaliitto sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestökenttä seuraavat ja arvioivat kunnallista palvelutuotantoa monin eri tavoin. Kuntien tarkastuslautakuntien roolia peruspalvelujen arviointitehtävässä on vahvistettu antamalla niille kuntalaissa säädetyn tehtävän ohella myös laajempia, poikkihallinnollisia arviointitehtäviä, jolloin tarkastuslautakunnat ovat kiinnittäneet huomiota kunnallisten palvelujen toteuttamisessa esiintyneisiin ongelmiin.

2.3. Valvonta ja muutoksenhaku

Valvonta jaetaan perinteisesti laillisuusvalvontaan ja hallinnolliseen valvontaan, jota on toiminnan tarkoituksenmukaisuuden ja asianmukaisuuden valvonta. Lisäksi on muunlaista valvontaa, esimerkiksi laadunvalvontaa. Laatu järjestelmät eivät Suomessa kuitenkaan ole lakisääteisiä. Laillisuus- ja hallinnolliseen valvontaan liittyy yleensä valtuuksia määrätä ja toimeenpanna sanktioita kuten esimerkiksi toiminnan keskeyttäminen tai kieltäminen, teettämishukka tai uhkasakko. Valvonta perustuu usein valvontaviranomaiselle säädettyyn oma-aloitteiseen toimintavelvollisuuteen. Jälkikäteisvalvonta toteutuu yleensä hallintopäätöksistä tehtävän varsinaisen muutoksenhaun kautta, jolloin kuitenkin arvioidaan lähinnä oikeudellisia kysymyksiä, sekä hallintokantelujen kautta, jolloin voidaan ottaa kantaa laajemmin myös menettelyjen tarkoituksenmukaisuuteen tai toiminnan laatuun, asiakkaan kohteluun tai muihin kantelun yhteydessä esille tulleisiin kysymyksiin. On huomattava, että varsinaisilla ja ylimääräisillä muutoksenhauilla (valitukset ja kantelut) valvotaan ensi sijassa yksilön oikeusturvan toteutumista.

Sosiaalihuollon asiakkaan ja terveydenhuollon palveluja käyttävän potilaan erityislainsäädäntöön perustuvat oikeussuojajärjestelmät ovat erilaiset. Terveydenhuollossa on potilasvahinkolakiin (585/1986) perustuva vahingonkorvausjärjestelmä sekä ammatinharjoittamislainsäädäntöön perustuva ammattihenkilöiden rikosoikeudellinen, vahin

gonkorvaus- sekä kurinpidollinen vastuu ja ammattihenkilölaissa säädetty valvonta- ja sanktiojärjestelmä. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista on säädetty muistutusmenettelyistä ja potilasasiamiehestä (L potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 3 luku). Lisäksi on yleinen mahdollisuus tehdä hallintokanteluja viranomaisten virkatoiminnasta. Sen sijaan terveydenhuollossa kansanterveyslain tai erikoissairaanhoidolain mukaan tehtävistä yksilöä koskevista lääkärin hoitopäätöksistä taikka esimerkiksi lääkärin tekemistä kannanotoista koskien hoitoonottamista, taudinmäärittystä tai hoidon sisältöä ei ole valitusoikeutta lukuun ottamatta vapaudenriiston tai muun itsemääräämisoikeuden rajoituksen sisältäviä pakkohoitopäätöksiä.

Sosiaalihuollossa potilasvahinkolain mukaista vahingonkorvausjärjestelmää tai ammattihenkilölainsäädännön mukaista kontrollimahdollisuutta ei ole. Sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus tehdä kohtelustaan muistutus sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 23 §:n mukaan. Saman lain 24 §:ssä tarkoitettu sosiaaliasiamiesjärjestelmä on niinkään käytössä kunnissa. Muutoksenhakuoikeus kunnan järjestämään sosiaalihuoltoon määräytyy sosiaalihuollon yleislain mukaan (SHL 7 luku) sekä erityislaeissa olevien säännösten mukaan. Sosiaalihuoltoa koskeviin ratkaisuihin voidaan muutoksenhakedellytysten täytyessä hakea valitusteitse muutosta. Lisäksi on yleinen mahdollisuus tehdä hallintokanteluja virkatoiminnasta.

2.3.1. Viranomaiset

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle (esim. SHL 3 § 1 momentti, KTL 2 § 1 momentti). Sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen asetettu perusturvalautakunta arvioi sille tulleiden aloitteiden pohjalta kunnallisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän asianmukaisuutta. Perusturvalautakunnasta on säädetty STVOL:n 35 ja 36 §:ssä.

Läänin alueella sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat lääninhallitukselle (esim. SHL 3 § 2 momentti, KTL 2 § 2 momentti). Lääninhallituslain mukaan lääninhallitus hoitaa, sen mukaan kuin erikseen säädetään, sosiaali- ja terveyshallintoon liittyviä tehtäviä ja arvioi asianomaisten ministeriöiden ohjauksessa alueellisesti toimialansa peruspalveluja (LHL 2 § 2 momentti). Lääninhallitukset ohjaavat ja valvovat myös yksityisiä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen tuottajia (L yksityisestä terveydenhuollosta ja L yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta). Lisäksi lääninhallituksen tehtävänä on ohjata ja valvoa alueellaan toimivia terveydenhuollon ammattihenkilöitä (L terveydenhuollon ammattihenkilöistä 24 § 4 momentti).

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtävänä on muun ohella terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjaus ja valvonta (L terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta 1 § ja L terveydenhuollon ammattihenkilöistä 24 § 2 momentti). Lääkehuoltoa ja veripalvelutoimintaa samoin kuin lääkkeiden ja terveydenhuollon laitteiden ja tarvikkeiden käytön turvallisuutta valvoo ja edistää lääkelaitos (L lääkelaitoksesta 1 §).

Kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetty tehtävät (KuntaL 2 §). Kunnan on pidettävä huolta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan kuin erityislainsäädännössä säädetään (esim. SHL 5 § 1 momentti, KTL 5 § 1 momentti).

Kunnan tehtäviin kuuluu myös valvoa kunnassa toimivia yksityisiä terveydenhuollon palvelujen tuottajia tarkastamalla terveydenhuollon palvelujen antamiseen käytettävät tilat ja laitteet ennen niiden käyttöönottoa (L yksityisestä terveydenhuollosta 7 ja 13 §). Yksityisen sosiaalipalvelun tuottajan valvonta kuuluu asianomaisen lääninhallituksen lisäksi sille kunnalle, jossa palveluja annetaan. (L yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 8 §).

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaavat monijäseniset toimielimet (sosiaali- ja terveyslautakunnat tai vastaavat sekä viime kädessä kunnanvaltuusto) valvovat viranhaltijoiden ja muun kunnallisen henkilöstön toimintaa. Kunnanvaltuuston asettama tarkastuslautakunta tarkastaa kunnan hallintoa ja taloutta sekä arvioi ovatko valtuuston asettamat toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet toteutuneet. (KuntaL 71 §).

Sosiaali- ja terveydenhuollon oman hallinnonalan valvonnan ohella on yleisellä laillisuusvalvonnalla suuri merkitys. Ylimpinä laillisuusvalvojina toimivat valtioneuvoston oikeuskansleri ja eduskunnan oikeusasiamies. Oikeuskansleri valvoo valtioneuvoston ja tasavallan presidentin virkatoimien lainmukaisuutta, ja eduskunnan oikeusasiamies tuomioistuinten, viranomaisten, virkamiesten, julkisyhteisön työntekijöiden sekä muiden julkisia tehtäviä suorittavien virkatoimien lainmukaisuutta. Sekä oikeuskansleri että eduskunnan oikeusasiamies valvovat myös perus- ja ihmisoikeuksien toteutumista.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta ei ole viranomaisohjaus- tai valvontatehtäviä. Kun sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskukseksi vuonna 1992, sen lähes kaikki hallinnolliset tehtävät siirrettiin pois ja hallinnonalan keskusvirastoroolista luovuttiin. Tuolloin ainoastaan valtion koulukotien ja mielisairaaloitten hallinnointi jätettiin Stakesin hallinnolliseksi tehtäväksi.

Stakesin tehtävät ovat lähinnä informaatio-ohjaukseen liittyviä alan seuranta-, arviointi-, tiedonhankinta- ja -välitystehtäviä sekä tiedostojen ja tilastojen ylläpitotehtäviä, tutkimus- ja kehittämistehtäviä sekä alan koulutuksen edistämistä ja toteuttamista. Lisäksi Stakes voi tehdä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseksi tarpeellisia aloitteita ja esityksiä (L sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta 2 §).

2.3.1.1. Perusturvalautakunta

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen asetettiin perusturvalautakunta vuoden 1993 alusta voimaan tulleen valtiosuusuudistuksen yhteydessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain 35 §:ssä on säädetty seuraavaa:

"Jos kunta ei ole järjestänyt asukkailleen erityislaeissa tarkoitettuja palveluja siten, että välttämättömät peruspalvelut vastaavat maassa yleisesti hyväksyttyä tasoa, voi sosiaali- ja terveysministeriö saattaa palvelujärjestelmän asianmukaisuuden perusturvalautakunnan arvioitavaksi.

Perusturvalautakunnan on selvitettävä kunnan palvelujärjestelmän asianmukaisuus. Jos lautakunta toteaa, että palvelujärjestelmässä on kunnasta johtuvasta syystä vakavia

puutteita, voi lautakunta antaa kunnalle suosituksen siitä, miten ja missä ajassa palvelujärjestelmässä olevat puutteet tulee korjata."

Lainkohdan perusteluissa (HE 216/1991 vp.) on todettu, että jotta palveluja käyttävien henkilöiden kannalta välttämättömien peruspalvelujen tasavertainen saatavuus eri puolilla maata voitaisiin turvata uuden suunnittelu- ja valtiosuusjärjestelmän tullessa voimaan, ehdotetaan säädettäväksi menettelystä, jolla yksittäisen kunnan palvelujärjestelmän riittävyys voitaisiin saattaa puolueettoman elimen tutkittavaksi.

Perusturvalautakunta ei omasta aloitteestaan ota yksittäistä kuntaa koskevia asioita käsiteltäväkseen. Sosiaali- ja terveysministeriö voi saattaa kunnan palvelujärjestelmän asianmukaisuuden arvioinnin vireille perusturvalautakunnassa. Ministeriö harkitsee erikseen vireilletulon edellytykset tapauskohtaisesti. Yksittäisten ihmisten, väestöryhmien tai yhteisöjen aloitteet eivät tule suoraan vireille lautakunnassa.

Perusturvalautakunta ei ole yksittäisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asiassa muutoksenhakuelin tai kanteluja käsittelevä elin, vaan sen tehtävänä on selvittää kunnan palvelujärjestelmän asianmukaisuutta sellaisissa tapauksissa, joissa laiminlyöntejä on havaittu. Perusturvalautakunnan tietoon saattaa kuitenkin nimenomaan yksittäistapausten kautta tulla kunnan palvelujärjestelmän puutteellisuus tai laajemmassakin mitassa tapahtuneita laiminlyöntejä peruspalvelujen järjestämisessä.

Perusturvalautakunta asetetaan kolmeksi kalenterivuodeksi kerrallaan. Lautakunnassa on seitsemän valtioneuvoston nimeämää jäsentä ja kullakin jäsenellä kaksi varajäsentä. Jäsenistä yksi toimii valtioneuvoston määräämänä puheenjohtajana ja yksi varapuheenjohtajana. Kolme jäsentä varajäsenineen on nimetty kuntien keskusjärjestöjen (nyk. yksi keskusjärjestö) esityksestä, ja yksi jäsen varajäsenineen on henkilö, jonka ei voida katsoa edustavan valtion tai kuntien keskusjärjestön etua (STVOL 36 §). Perusturvalautakunnalla ei ole päätoimista sihteeriä, vaan sihteerinä toimii omien tehtäviensä ohella lautakunnan tehtävään valitsema sosiaali- ja terveysministeriön virkamies.

2.3.1.2. Terveys- ja terveydenhuollon oikeusturvakeskus

Terveys- ja terveydenhuollon oikeusturvakeskus perustettiin vuoden 1992 kolmannen lisätalousarvion yhteydessä 1.12.1992 samalla kun sosiaali- ja terveyshallitus muutettiin sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukseksi. Tuolloin kaikki sosiaali- ja terveyshallituksella - aikaisemmin lääkintöhallituksella ja sosiaalihalituksella - olleet ohjaus- ja valvontatehtävät sekä lupahallintoon liittyvät tehtävät samoin kuin sosiaali- ja terveyshallituksella ollut norminantovalta siirrettiin joko ministeriöön tai terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen. Perusteluina oli muun ohella se, että tehtäväalueiden moninaisuus sosiaali- ja terveyshallituksessa häittoi tutkimus- ja kehittämistehtäviin keskittymistä sen painoarvon edellyttämässä määrin. Tutkimus- ja kehittämistehtävien sekä valvontatehtävien sijoittaminen samaan organisaatioon koettiin kehittämistyön kannalta ongelmalliseksi. Terveys- ja terveydenhuollon oikeusturvakeskus perustettiin, koska tiettyjä asioita ei ollut tarkoituksenmukaista siirtää lääninhallituksiin tai kuntiin. Erityisasiantunte-
musta vaativia asioita ei ollut mahdollista hajauttaa, ja joissakin asioissa katsottiin oikeusturvanäkökohtien puoltavan yhtenäistä perustasoa koko maassa. Tästä syystä katsot

tiin tarpeelliseksi perustaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen yksikkö, jonne siirrettiin sosiaali- ja terveyshallituksen yksittäisiä kansalaisia koskeva lupahallinto.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta annetun lain (1074/1992) 1 §:n mukaan keskuksen tehtävänä on huolehtia terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontaa sekä raskauden keskeyttämistä, steriloimista, kastroimista, kuolemansyyn selvittämistä ja oikeuspsykiatria koskevassa lainsäädännössä sille säädettyistä tehtävistä samoin kuin tehtävistä, jotka muussa laissa tai asetuksessa taikka niiden nojalla säädetään tai määrätään sen huolehdittaviksi. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus on sosiaali- ja terveysministeriön alainen.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen perustamisen yhteydessä ei ollut tarkoitus muuttaa siihenastista käytäntöä, jonka mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöt olivat myös lääninhallitusten valvonnan alaisia, ja lääninhallitukset käsitelivät pääosan potilaiden tekemistä hallintokanteluista. Tämä käytäntö oli vakiinnutettu jo vuonna 1990 kanteluiden siirtoa lääkintöhallituksesta ja sosiaalihuolluksesta selvittäneen työryhmän ehdotusten mukaisesti. (Kanteluiden siirtokokeiluryhmän muistio, STM 1990:5) Työryhmän ehdotusten mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö on antanut ohjeet, joidenka mukaan sellaiset kantelut, joissa on epäiltävissä terveydenhuollon ammattihenkilön virheellinen menettely kuolemantapauksen tai vaikean vammautumisen yhteydessä, käsitellään keskitetysti terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa samoin kuin kantelut, jotka kohdistuvat terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaan lääketieteellisessä tai oikeuslääketieteellisessä kuolemansyyn selvittämisessä.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta annetun lain 1 §:ään lisättiin vuonna 1998 2 momentti, jonka mukaan keskus hoitaa lisäksi ne kansainvälisissä toimielimissä käsiteltäviin terveydenhuoltoon ja sosiaalihuoltoon koskeviin ihmisoikeusasioihin liittyvät tehtävät, joita asianomainen ministeriö sille määrää. Lisäksi 1 §:n 1 momenttia muutettiin siten, että viraston tehtäväksi annettiin hoitaa myös 1 momentissa tarkoitettujen lainsäädännön nojalla sen toimialaan liittyvät tehtävät, jotka asianomainen ministeriö sille määrää (L terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta annetun lain 1 §:n muuttamisesta, 421/1998).

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtäviin ei kuulu sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden valvonta eli niin sanottu organisaatiovalvonta, vaan se on lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen tehtävä.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen siirrettiin vuonna 1992 sosiaali- ja terveyshallituksesta yhteensä 22 virkaa ja tehtävää. Vuoden 2000 lopussa virastossa oli 28 henkilöä vakinaisessa virkasuhteessa. Vuoden 2001 lopulla TEOssa oli vakinaisessa palvelussuhteessa 32 henkilöä, joista naisia 26 ja miehiä 6. Määräaikaisissa palvelussuhteissa oli 10 henkilöä, joista viransijaisia 5.

2.3.1.3. Lääninhallitukset

Läänin alueella sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat lääninhallitukselle (esim. SHL 3 § 2 momentti, KTL 2 § 2 momentti). Lääninhallituslain mukaan lääninhallitus hoitaa sosiaali- ja terveyshallintoon liittyviä tehtäviä (LHL 2 §) ja

läänihallitusasetuksen mukaan eri ministeriöiden hallinnonaloille kuuluvia tehtäviä sen mukaan kuin erikseen säädetään (LHA 1 § 2 momentti) Kuntalain mukaan lääninhallitus voi kantelun johdosta tutkia, onko kunta toiminut voimassa olevien lakien mukaan. (KuntaL 8 § 2 momentti).

Kunnallisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon lainmukaisuuden ja asianmukaisuuden viranomaisvalvonnassa lääninhallituksilla on lain mukaan keskeinen rooli. Eri-tyislainsäädännössä on noin 130 säännöstä, jotka määrittävät lääninhallitusten tehtäviä. Lääninhallitukset voivat paikallisten neuvottelujen, asiakasyhteydenottojen ja kantelujen perusteella neuvoa ja ohjata palvelujen tuottajia sekä tarvittaessa puuttua kuntien lainvastaiseen toimintaan. Kuntien valtiosuuslain 24 §:n ja STVOLin 42 §:n mukaan lääninhallituksilla on käytössään uhkasakkosanktio, jos kunta on valtiosuustehtäviä hoitaessaan toiminut vastoin lakia.

Lääninhallitukset toimivat lupaviranomaisina sekä ohjaavat ja valvovat myös yksityisiä terveydenhuollon palvelujen tuottajia ja yksityisiä sosiaalihuollon palvelujen tuottajia (L yksityisestä terveydenhuollosta ja L yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta). Lisäksi lääninhallituksen tehtävänä on ohjata ja valvoa alueellaan toimivia terveydenhuollon ammattihenkilöitä (L terveydenhuollon ammattihenkilöistä 24 § 4 momentti).

Lääninhallitusten viisi sosiaali- ja terveystoimintaa jakaantuvat yhteensä 12 alueelliseen palveluyksikköön, jotka toimivat ennen 1.9.1997 voimassa olleen läänijaon mukaisesti entisten läänien pääkaupungeissa lukuun ottamatta Pirkanmaan yksikköä, joka on Länsi-Suomen läänin Tampereella sijaitseva alueellinen palveluyksikkö.

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveystoimintoihin on STM:n ja lääninhallitusten vuodeksi 2002 tekemän tulossopimuksen mukaan yhteensä 203 henkilötyövuotta käytössään STM:n hallinnonalan tehtäviä varten. Henkilötyövuodet jakaantuvat viiden läänin kesken seuraavasti:

| | |
|-------------|------|
| Etelä-Suomi | 62 |
| Länsi-Suomi | 67,5 |
| Itä-Suomi | 38 |
| Oulu | 19,5 |
| Lappi | 15 |

3. OHJAUKSESSA JA VALVONNASSA TAPAHTUNEET MUUTOKSET

Suomessa on 1980-luvun puolestavälistä lähtien merkittävässä määrin purettu yksityiskohtaista sääntelyä ja määräyksiä, desentralisoitu hallintoa ja samalla vähennetty huomattavasti valtion keskusjohtoista kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta. Valtiosuusjärjestelmään liittyi ennen vuotta 1993 viisivuotinen valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseksi. Valtioneuvostossa vuosittain vahvistetun suunnitelman myötä valtioneuvosto päätti muun muassa tehtävryhmittäisten uusien virkojen ja tehtävien määräistä ja investoinneista sekä muusta voimavarojen suuntaamisesta kuntia sitovalla tavalla. Valtiosuusmuutosten jälkeen myös rahoit

tusohjauksen luonne ja merkitys on muuttunut ratkaisevasti. Informaatio-ohjaus on tullut perinteisen säädös- ja resurssiohjauksen tilalle. Tutkimus-, kehittämis- ja kokeilutoimintaa tuetaan valtion toimesta yhä lisääntyvässä määrin erillisten hankkeiden rahoituksella, jota voidaan luonnehtia "porkkanarahaksi". EU-rakennerahastohankkeita on toteutettu Suomen liityttyä EU:n jäseneksi vuodesta 1995 alkaen. Erityisesti Euroopan sosiaalirahastosta (ESR) rahoitettavilla työllisyys Hankkeilla on myös sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen näkökulmasta suuri merkitys.

3.1. Normien purku

Kuntia sitovat ministeriöiden ja keskusvirastojen antamat lakeja ja asetuksia alemmanasteiset normit, määräykset, ohjekirjeet ja yleiskirjeet kumottiin normihankkeen yhteydessä 1986-1991. Normihankkeen yhteydessä tarkistettiin myös valtuutussäännökset, koska ilmeni, että lukuisia keskushallintoviranomaisten sitoviksi tulkittuja määräyksiä ja ohjeita oli annettu ilman asianmukaista valtuutusta.

Vapaakuntakokeilu toteutettiin vuosina 1989-1996. Kokeilukunnilla oli oikeus poiketa lakien ja asetusten säännöksistä sekä valtion viranomaisten määräyksistä erikseen säädetyin tavoin.

Kuntien valtiosuusjärjestelmä muutettiin laskennalliseksi vuoden 1993 alusta. Suunnittelu- ja valtiosuusjärjestelmään liittynyt sitova ohjaus poistettiin. Lähes kaikki kuntia sitoneet yksityiskohtaiset hallinnon järjestämistä tai toiminnan laajuutta tai laatua määrittäneet säännökset kumottiin, edellä selostettuja subjektiivisia oikeuksia lukuun ottamatta. Harvoja laatua määrittäneitä säännöksiä väljennettiin ja joustavoitettiin (sosiaalihuollon kelpoisuusehdot, päivähoiton ryhmäkokosäännökset). Valtakunnallisen suunnitelman sitovista määräyksistä ja ohjeista luovuttiin, ja suunnitelma muutettiin vuoden 2000 alusta valtioneuvoston nelivuotiskaudeksi hyväksymäksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaksi, johon liittyy vuosittain annettava sosiaali- ja terveydenhuollon voimavara-asetus.

Uusi kuntalaki tuli voimaan 1.7.1995. Kuntien itsehallintoa korostettiin aiempaa enemmän. Perustuslain 121 §:n mukaan Suomi jakaantuu kuntiin, joiden hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Kuntalain 1 §:n mukaan Suomi jakautuu kuntiin, joiden itsehallinto on turvattu perustuslaissa. Kuntien hallinnon yleisistä perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla (Kuntal 2 §).

Tasavallan presidentti, valtioneuvosto ja ministeriöt voivat antaa asetuksia perustuslaisa tai muussa laissa säädetyin valtuuden nojalla. Lailla on kuitenkin säädettävä yksilön oikeuksien sekä velvollisuuksien perusteista sekä asioista, jotka perustuslain mukaan muutoin kuuluvat lain alaan.

3.2. Rahoituksessa tapahtuneet muutokset

Valtionosuusuudistuksen tullessa voimaan vuonna 1993 kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuus oli 20,6 miljardia markkaa (TP 1993) Pääosin vuosina 1994-1999 toteutettujen säästötoimenpiteiden ja eräiden tehtävämuutosten seurauksena valtionosuus oli alimmillaan 13 miljardia markkaa (TP 1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien taso siis laski vuodesta 1993 vuoteen 1999 arviolta 7 miljardilla markalla (Ritva Cantell: Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain mukaiset valtionosuudet vuosina 1992 - 1998, päivitetty 27.3.2000)

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden tason lasku ei suinkaan merkitse sitä, että kuntien toimintaedellytykset ja mahdollisuudet rahoittaa palvelujärjestelmää olisivat heikentyneet samassa suhteessa. Kuntien taloudellista asemaa on tarkasteltava kokonaisuutena ottaen huomioon koko tulopohja. Valtionosuuksien lisäksi on otettava huomioon kunnallisveron, kiinteistöveron ja erityisesti yhteisöveron tuotto, joista viimeksi mainittu on kompensoinut monessa tapauksessa valtionosuusleikkausten aiheuttamaa "tulojenmenetystä". Lisäksi kunnat rahoittavat toimintaansa maksutuloilla. Kokonaisuudessaan kuntien tulopohjassa verotulojen merkitys on kasvanut ja valtionosuuksien vähentynyt 1990-luvulla. (Arto Salmela: Kunnallistalous ja valtionosuusleikkaukset 1990-luvulla, STM:n sisäinen muistio)

Kunnallistalouden tilan kokonaiskehitystä seuraa säännöllisesti Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, jonka talousjaosto laatii kaksi kertaa vuodessa päivitettävät julkaisut, joissa on arviot kuntien kokonaistaloudellisesta kehityksestä seuraavien viiden vuoden ajaksi.

Tuore kuntakohtainen ennuste kuntatalouden kehityksestä on sisäasiainministeriössä laadittu kehitysarvio kuntien rahoituksen riittävydestä vuoteen 2004 (Markku Nissinen: Kuntien tilinpäätökset 2000 ja kuntien rahoituksen riittävyden kehitysarvio vuoteen 2004 SM 1/2002). Talouskehitystä on tarkasteltu vertaamalla kuntien vuoden 2000 tilinpäätöksiä edellisen vuoden vastaaviin, ja lisäksi talouden tunnuslukujen muutoksia on arvioitu alueittain ja erikokoisissa kunnissa. Julkaisun mukaan yleinen kehityskuva on se, että koko maan tasolla kuntien talous vahvistui vuonna 2000 - muun muassa verotulojen kasvu edellisvuoteen oli 6,7 prosenttia, mikä johtui pääosin yhteisöveron lisäyksestä. Käyttötalouden valtionosuuksissakin kasvua oli runsaat 151 miljoonaa euroa vuonna 2000 edelliseen vuoteen verrattuna. Myönteisestä yleiskuvasta huolimatta yksittäisten kuntien kehitys kuitenkin poikkeaa edellisten vuosien tavoin huomattavasti koko maan keskimääräisestä tilanteesta. Ennusteen mukaan kuntien rahoituksen tila kehittyy kyllä myönteisesti vuoteen 2004, mutta rahoituksen riittävyysongelmat ovat suuret erityisesti pienissä kunnissa, ja pienten kuntien talous on herkkä muutoksille. Kuntakohtaisen talouden kehityksen ennustamiseen liittyy runsaasti epävarmuustekijöitä, esimerkiksi alueellinen ja kunnittainen väestömuutos, suhdanneherkän yhteisöverokertymän ennakoimisen vaikeus ja kunnittaisten jako-osuuksien vuosittaiset muutokset samoin kuin valtionosuusperusteiden mahdollinen uudistaminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankejärjestelmää ollaan uudistamassa siten, että merkittävä osa nykyisin rakentamiseen käytettävissä olevista valtionosuuksista suunnattaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi tarpeellisten toiminnan kehittämistä ja tehostamista sekä toimintatapojen uudistamista tukevien hankkeiden to

teuttamiseen. Uudistus on tarkoitettu tulemaan voimaan vuoden 2003 alusta asteittain siten, että vuonna 2001 tehdyn kehyspäättöksen mukaisesti vuodesta 2003 alkaen hankkeiden valtionosuuteen vuosittain käytettävissä olevasta noin 25 miljoonasta eurosta runsaat 8 miljoonaa euroa olisi käytettävissä kehittämishankkeisiin, ja vuodesta 2004 alkaen, sitä mukaa kuin jo aloitettujen perustamishankkeiden määrärahan tarve vähenisi, yhä suurempi osa rahasta olisi käytettävissä kehittämishankkeisiin. Pieni osa tarkoitukseen varatusta määrärahasta käytettäisiin edelleen turvaamaan kaikkein heikoimmassa taloudellisessa asemassa olevien kuntien välttämättömmimpiä rakennushankkeita. Uuden järjestelmän hallinnoinnista vastaisivat edelleen lääninhallitukset, joskin osa kehittämishankkeisiin tarkoitettua määrärahasta jätettäisiin ministeriölle suunnattavaksi valtakunnallisiin kehittämishankkeisiin.

3.3. Asiakkaan ja potilaan aseman ja oikeuksien korostaminen sekä palvelujen laatu

Samaan aikaan kun normeja purettiin ja sitovasta ohjauksesta luovuttiin, alettiin asiakkaiden asemaan ja oikeuksiin sekä palvelujen laadun varmistamiseen ja parantamiseen kiinnittää lisääntyvässä määrin huomiota. Potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki tuli voimaan 1.3.1993. Sosiaalihuollossa vastaava laki tuli voimaan vuoden 2001 alussa. Perusoikeusuudistus tuli voimaan 1.8.1995, jolloin Hallitusmuotoon sisällytettiin säännökset taloudellisista, sosiaalisista ja sivistyksellisistä perusoikeuksista. Lisäksi täsmennettiin perustuslain yhdenvertaisuutta, oikeusturvaa ja hyvää hallintoa koskevia säännöksiä. TSS-oikeuksia koskevat säännökset sisällytettiin sellaisinaan uuteen perustuslakiin, joka tuli voimaan 1.3.2000.

Vaikeavammaisten subjektiiviset oikeudet eräisiin vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin toteutettiin asteittain 1988 - 1994. Subjektiivinen oikeus lasten päivähoitoon tuli asteittain voimaan vuodesta 1990 lähtien. Oikeus kunnan järjestämään lasten päivähoitoon laajennettiin koskemaan kaikkia alle kouluikäisiä vuoden 1996 alusta.

Kuntalaki korostaa kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia kunnallisessa päätöksenteossa. Sisäasiainministeriö ja VM:n hallinnon kehittämisosasto ovat toteuttaneet yhdessä Kuntaliiton kanssa tähän liittyviä kehittämishankkeita. Hallinnon kehittämishankkeina on toteutettu muun muassa julkisten palvelujen parantamiseen ja asiakaslähtöisyyteen tähtäviä projekteja. Myös palvelusitoumus-kokeiluja, joissa kunta antaa kuntalaisille sitoumuksen palvelujen tuottamisesta tietyssä laajuudessa ja tietynlaatuista tietyssä ajassa, on toteutettu eräissä kunnissa. Sisäasiainministeriö on vuosina 1998-1999 toteuttanut osallisuusprojektin, jossa tuetaan kuntien asukkaiden osallistumista ja aktivointia edistäviä hankkeita. Kansalaisten kiinnostusta yhteisten asioiden hoitamiseen ja aktiiviseen vaikuttamiseen halutaan lisätä.

Palvelu- ja hoitosuunnitelmien säännönmukaista käyttöönottoa ja parantamista erityisesti vanhustenhuollossa ja kehitysvammahuollossa on korostettu. Laatujärjestelmiä otetaan lisääntyvässä määrin käyttöön. Kuntaliitto on valmistellut useista palveluista laatukäsikirjoja. Kuntien itsearviointi ja eri toimintayksiköissä käynnistynyt laatutyö on kehittymässä.

Valtakunnallinen suunnitelma muutettiin nelivuotiskaudeksi annettavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaksi (TATO) vuoden 2000 alussa. Ohjelma ei sido kuntia, kuten ei valtakunnallinen suunnitelmakaan vuoden 1993 valtionosuusuu- distuksen jälkeen muilta kuin voimavaroja koskevilta osin. Ohjelma sisältää yhteensä 86 toimenpidesuosituksen, joiden toteuttamista tuetaan myös erillisen kehittämismäärärahan turvin.

Merkittävimmäksi TATOn mukaiseksi uudeksi ohjausvälineeksi ovat muodostumassa laatusuositukset, joita ohjelmakaudella 2000-2003 laaditaan ainakin vanhustenhuollosta, mielenterveyspalveluista, kouluterveydenhuollosta, vammaisten asumispalveluista ja päihdetyöstä. STM:n, STAKESin ja Kuntaliiton yhteinen vanhustenhuollon laatusuositus valmistui keväällä 2001 ja mielenterveyspalveluita koskeva suositus syksyllä 2001. Laatusuositukset ovat jo nyt osoittautuneet tarkoituksenmukaiseksi ja tehokkaaksi ohjaus- ja kehittämisvälineeksi.

Terveydenhuollossa Käypä Hoito -suositukset, terveydenhuollon arviointimenetelmät ja esimerkiksi Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeen suosittelemat alueelliset hoito-ohjelmat ovat esimerkkejä uudentyyppisistä normeista korvaavista ohjausvälineistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatua turvaa koulutettu ja ammattitaitoinen henkilökunta, jota tulisi olla riittävästi vastaamaan lisääntyvään palvelujen tarpeeseen ja jolla tulisi olla järjestelmällisen toimintojen seurannan tuoma tuki.

3.4. Viranomaisten organisaatio- ja tehtävämuutokset

Sosiaali- ja terveysministeriön organisaatiota muutettiin 1.10.1990. Sosiaalihuolto-osasto ja terveydenhuolto-osasto yhdistettiin sosiaali- ja terveyspalveluosastoksi, jonne sijoitettiin myös kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitteluun ja valtionosuuteen liittyvät asiat. Raittius- ja alkoholiohjelma lakkautettiin. Ehkäisevästä sosiaali- ja terveyspolitiikasta muodostettiin uusi kokonaisuus. Uudistuksen keskeisinä tavoitteina oli integroida kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä sääntelevän lainsäädännön valmistelu, ohjaus ja siihen liittyvä suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä paremmin toisiinsa sekä toisaalta vahvistaa ehkäisevää sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Organisaatiota on uudelleen muutettu 1.1.2002 siten, että ehkäisevän sosiaali- ja terveyspolitiikan osastosta ja sosiaali- ja terveyspalveluosastosta on muodostettu perhe- ja sosiaaliosasto ja terveysosasto, tavoitteena toisaalta perhe- ja sosiaalipolitiikan vahvistaminen ja toisaalta terveyspolitiikan vahvistaminen yhdistämällä ehkäisevän toiminnan ja palvelujen piiriin kuuluvien asioiden hoitoa.

Lääkintöhallitus ja sosiaalihalitus yhdistettiin vuonna 1991 sosiaali- ja terveyshallitukseksi, joka lakkautettiin 1992. Tilalle perustettiin sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Tässä yhteydessä tapahtui delegoitumista ylöspäin eli aiemmin keskusvirastoissa hoidettuja hallinnollisia ja ohjauksen sekä neuvontaan ja valvontaan liittyviä tehtäviä siirtyi lähinnä ministeriön sosiaali- ja terveyspalveluosastolle. Eräät keskusvirastoissa hoidetut lupahallinto- ja valvontatehtävät siirrettiin uusiin Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen ja Lääkelaitokseen. Hallinnollisten ja valvontatehtävien vaatimia resursseja ei tuolloin lisätty, vaan TEOn ja Lääkelaitoksen toimialan tehtäviä

lääkintöhallituksessa hoitaneet henkilöt siirrettiin mainittuihin uusiin keskushallintoviranomaisiin.

Stakesin tehtäväksi tuli seurata ja arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja kehitystä, tuottaa ja hankkia alan kotimaista ja kansainvälistä tietoa ja osaamista sekä välittää sitä käyttäjille. Lisäksi kehittämiskeskus ylläpitää alan tilastoja, tiedostoja ja rekistereitä sekä harjoittaa alan tutkimus- ja kehittämistoimintaa, edistää ja toteuttaa alan koulutusta ja tekee sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseksi tarpeellisia aloitteita ja esityksiä. Stakesin tehtävissä korostuu kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tukeminen erityisesti kehittämistoiminnan ja tiedolla ohjaamisen avulla. Stakesin tehtäviin eivät sen sijaan kuulu normiohjaus, resurssiohjaus eikä valvonta.

Aluehallinnon tehtäviä ja organisointia muutettiin vuodesta 1994 alkaen. Lääninsuunnittelu lakkautettiin ja tehtävät siirrettiin maakunnan liitoille. Ympäristöhallinnon tehtävät siirrettiin uusiin ympäristökeskuksiin. Työministeriön ja kauppa- ja teollisuusministeriön sekä osin maa- ja metsätalousministeriön aluehallintoa vahvistettiin yhdistämällä aluehallinnon voimavaroja työvoima- ja elinkeinokeskuksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla lääninhallitusten valtionosuustehtävät vähenivät. Samalla kuitenkin lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot saivat uusia tehtäviä, esimerkkeinä alkoholielinkeinoihin liittyvät lupa- ja valvontatehtävät ja yksityisten sosiaalipalvelujen valvontalakiin liittyvä lupahallinto. Myös erityislainsäädännön mukaiset palvelujen asianmukaisuuden ja lainmukaisuuden seuranta-, ohjaus- ja valvontatehtävät lisääntyivät.

Läänien lukumäärä vähennettiin yhdestätoista viiteen (pl. Ahvenanmaa) 1.9.1997. Lääninuudistuksen eräänä tavoitteena oli aluehallinnon resursseissa saavutettava säästö, ja toteutettujen organisaatio- ja tehtävämuutosten yhteydessä lääninhallitusten henkilöstöä onkin vähennetty.

3.5. Tulosohjaus

3.5.1. TEO:n tulossopimus

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen toiminta-ajatuksena on edistää yksilön oikeus- suojan toteutumista terveydenhuollossa yhdistämällä ja soveltamalla lääketieteellistä ja oikeustieteellistä tietoa.

Sosiaali- ja terveysministeriön ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tekemän vuotta 2002 koskevan tulossopimuksen mukaan terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen strategiset linjaukset ja painoalueet lähivuosille ovat

1. Laadullisesti ja määrällisesti riittävät resurssit toimintaympäristön valvonnalle asetamiin muutosvaatimuksiin nähden;
2. Yhteistyö valvontaviranomaisten välillä;
3. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnassa saadun tiedon hyödyntäminen;
4. Mielenterveyslainsäädännön ja rikosoikeudellisten syyntakeisuussäännösten muutostarpeiden arviointiin osallistuminen; sekä
5. Oman toiminnan arviointi ja kehittäminen.

TEO:n tulossopimuksessa on asetettu yhteensä 22 toiminnallista tavoitetta neljälle painoalueelle: terveydenhuollon ammatinharjoittamisen valvonta (6), oikeuslääkintä ja vakuutuslääkintä (5), oman toiminnan arviointi ja kehittäminen (7) ja käsittelyajat (4). Valvonnassa kertyvän tiedon käyttämistä hyväksi nykyistä enemmän ja järjestelmällisemmin valvonnan vaikuttavuuden lisäämiseksi TEO järjestää vuoden 2002 tulossopimuksen mukaisesti yhdessä lääninhallitusten kanssa 1 - 2 alueellista informaatio- ja yhteistyötilaisuutta sairaanhoitopiirien ja terveystieteiden johtaville viranhaltijoille.

Käsittelyaikatavoitteiden mukaan TEO:n lupa- ja valvonta-asioiden käsittelyajat pidetään vuonna 2002 keskimäärin seuraavalla tasolla:

Suomessa tutkinnon suorittaneiden ammattihenkilöiden laillistaminen 1 - 3 päivää, raskauden keskeyttämistä koskevat hakemukset 1 - 5 päivää, ilman lisäselvityksiä ratkaistavat muut lupa-asiat 1 - 3 päivää ja lausuntoja ja lisäselvityksiä vaativat lupa-asiat enintään 90 päivää; mielentilaa koskevat lausuntoasiat 3 - 4 kk tutkimusjaksoineen; kanteluasiat 6 - 18 kuukautta ja muut valvonta-asiat 6 - 24 kuukautta.

3.5.2. Lääninhallitusten tulossopimukset

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveystieteiden osastot tekevät kukin oman tulossopimuksen sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kanssa. Suurin osa tulossopimusten sisällöstä on kuitenkin yhteinen kaikissa sopimuksissa. Toiminta-ajatuksissa on joitakin eroja.

Vuotta 2002 koskevilla tulossopimuksilla on seitsemän avaintulosta, joilla on yhteensä 37 tulostavoitetta. Avaintuloksia ovat hyvinvointi- ja terveystavoitteisen yhteistyön kehittäminen, lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä syrjäytymisen ehkäisy, työ- ja toimintakyvyn edistäminen, syrjäytymiskehityksen ehkäisy ja katkaisu, elin- ja työympäristöön sekä elämäntapoihin vaikuttaminen, palveluiden ja hoitokäytäntöjen kehittäminen ja tehostaminen sekä varautumisen ja valmiussuunnittelun edistäminen. Avaintuloksiin sisältyvien tavoitteiden lisäksi tulossopimukseen on sisällytetty tarpeen mukaan läänikohtaisia erityishankkeita, joita Etelä-Suomen lääninhallituksella on kahdeksan, Länsi-Suomen lääninhallituksella viisi, Itä-Suomen lääninhallituksella yksi ja Lapin lääninhallituksella 7 vuonna 2002.

Kanteluiden keskimääräiset käsittelyaikatavoitteet vaihtelevat lääninhallituksissa seitsemästä yhdeksään kuukauteen.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveystieteiden osastojen välisissä tulossopimuksissa on sovittu lääninhallituksittain sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnonalan tehtävien toteuttamiseen osoitettavista henkilöstövoimavaroista, palkkausmennoista ja muista toimintamenoista. Sosiaali- ja terveystieteiden osastojen toimintameno budjetoidaan kuitenkin sisäasiainministeriön pääluokan (26) lääninhallituksia koskevaan lukuun (05).

Vuoden 2002 tulossopimuksissa sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hallinnonalan tehtäviin osoitettavista henkilöstövoimavaroista on sovittu seuraavasti:

Etelä-Suomen lääninhallitus: 62 htv SM:n ja 3,6 htv TM:n määrärahoilla

Länsi-Suomen lääninhallitus: 67,5 htv

Itä-Suomen lääninhallitus: 38 htv

Oulun lääninhallitus: 19,5 htv

Lapin lääninhallitus: 16 htv.

4. RUOTSIN VALVONTAJÄRJESTELMÄ

Tämän selvityksen aikataulu ei ole mahdollistanut syvällistä perehtymistä muiden Pohjoismaiden ohjaus- ja valvontajärjestelmien nykytilaan. Seuraavassa joitakin havaintoja Ruotsin valvontajärjestelmästä.

Ruotsissa, toisin kuin Suomessa, on säilytetty keskushallintoviranomaisen eli sosiaalihuollon vahva rooli lakia alemmanasteisten määräysten ja ohjeiden antajana ja erityisesti terveydenhuollon organisaatioiden ja ammatinharjoittajien toiminnan valvojana. Ruotsissa terveydenhuollon organisaatioilla on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää jokaiselle toiminnalle tarkoituksenmukaista laadunvarmistus- ja omavalvontajärjestelmää, joka koskee organisaatiota, voimavaroja, rutiineja ja laadunvarmistusmenetelmiä terveyden- ja sairaanhoidossa.

Ruotsissa valvontaperiaatteet ja -menetelmät ovat yhteneväiset sekä julkisen että yksityisen toiminnan osalta, mutta valvontamekanismit poikkeavat toisistaan sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä. Terveydenhuollon valvonnassa sosiaalihuollolla on keskeinen asema, kun taas sosiaalihuollon valvonnassa lääninhallitukset ovat valvontaviranomaisia, joiden työtä sosiaalihuolto yhteensovittaa ja ohjaa.

Sekä julkisen että yksityisen sosiaalihuollon ja terveydenhuollon valvonta kuuluu sosiaalihuollon valvontayksikölle (seitsemän asiantuntijaa) sekä valvontaosastolle (yhteensä runsaat 40 henkilöä). Lisäksi sosiaalihuollolla on kuusi alueellista valvontayksikköä.

Terveydenhuollon valvontaa säätelevät "Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område" (1998:531) ja "Lag om tillsyn över hälso- och sjukvården" (1996:786, ns. Lex Maria). Ensiksi mainitun lain mukaan Sosiaalihuolto valvoo terveyden- ja sairaanhoitoa sekä siinä toimivaa henkilökuntaa. (6. luku, Socialstyrelsens tillsyn, 1 §). Sosiaalihuollon valvonta tähtää ensi sijassa vahinkojen ehkäisyyn ja riskien eliminointiin terveyden- ja sairaanhoidossa. Valvonnan avulla sosiaalihuolto tukee ja tarkastaa toimintaa sekä terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstön toimenpiteitä. (6 luku 3 §). Sosiaalihuollolle tulee tehdä ilmoitus lain tarkoittaman, sosiaalihuollon valvonnan piiriin kuuluvan toiminnan alkamisesta, toiminnan muutoksista tai lopettamisesta (6 luku 6 - 8 §§). Laissa on lisäksi yksityiskohtaiset säännökset valvottavan velvollisuudesta luovuttaa asiakirjoja, koetuloksia tai muuta aineistoa ja antaa sosiaalihuollolle tämän valvontatehtävässään tarvitsemia tietoja sakon uhalla (6 luku 9 §), sosiaalihuollon oikeudesta tarkastaa toimintaa ja ammatinharjoittamista (10 §) sekä virka-apusta (11 §) ja toimenpiteistä sekä syyteoikeudesta määräyksiä rikkoneita kohtaan (12 §). Säännöksiä on lisäksi mm. epäkohtien korjaamisesta sakon uhalla sekä toiminnan keskeyttämisestä ja kieltämisestä (13 - 17 §§), kurinpitomenettelystä ja muista toimenpiteistä ammatinharjoittajien valvonnassa (18 - 19 §§) ja rekisterinpidosta ja sen

sisällöstä (20 - 22 §§). Kurinpitoseuraamuksista päättää erityinen terveyden- ja sairaanhoidon Vastuulautakunta (Ansvarsnämnden) .

Lex Marian mukaan terveyden- ja sairaanhoito ja sen henkilökunta kuuluu Sosiaalihuollon valvonnan (oik. silmälläpidon, tillsyn) piiriin. Terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan toimintaa, josta on säädetty terveyden- ja sairaanhoitolaissa (Hälso- och sjukvårdslagen) ja hammashoitolaissa (Tandvårdslagen). Terveyden- ja sairaanhoitohenkilökunnalla on laaja ja sosiaalihuollon yksityiskohtaisesti alemmanasteisilla määräyksillä (SOSFS 1996:23) säännelty velvollisuus ilmoittaa vakavista vahingoista, sairauksista tai riskeistä, joita on tapahtunut tai ollut vähällä tapahtua hoito- ja tutkimustoimenpiteiden yhteydessä.

Sosiaalihuollon laitosten valvonta poikkeaa terveydenhuollon valvonnasta. Kunnan sosiaalilautakunnalla on velvollisuus valvoa yksityisiä sosiaalipalvelun tuottajia. Lisäksi 21 lääninhallituksella on alueellinen valvontavelvollisuus, jota sääntelee sosiaalipalvelulaki (Socialtjänstlag 1980:620).

Sosiaalihuollolla on yleinen vastuu, mutta se ei itse harjoita valvontaa, tee tutkimuksia tai selvityksiä, vaan ohjaa, yhteensovittaa ja kehittää valvontaa yhdessä lääninhallitusten kanssa. Sellaisissa toimintayksiköissä, joissa on sekä sosiaali- että terveyden- tai sairaanhoitoa, erityisesti vanhustenhuollon laitoksissa tai päihdehuollon yksiköissä, sosiaalihuolto vastaa terveydenhuollon valvonnasta ja lääninhallitukset sosiaalihuollon valvonnasta, mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi yhteisten tarkastuskäyntien avulla.

Sosiaalihuollolla on keskushallintoviranomaisena valtuudet antaa alemmanasteisia sitovia määräyksiä ja yleisiä ohjeita (Föreskrifter och allmänna råd) sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaamiseksi. Tällaisia ovat esimerkiksi "Kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade" (SOSFS 1998:8, Allmänna råd) , "Anmälan av missförhållanden i omsorgerna om äldre och funktionshindrade enligt 71 a § socialtjänstlagen" (SOSFS 2000:5, Föreskrifter och allmänna råd), "Anmälningsskyldighet enligt 5 § lagen om tillsyn över hälso- och sjukvården (Lex Maria) samt lokal avvikelshantering" (SOSFS 1996:23) ja "Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården"(SOSFS 1996:24).

5. NYKYTILANTEEN ONGELMIA JA HAASTEITA

5.1. Eriarvoisuuden lisääntyminen

Samaan aikaan kun sitovasta ohjauksesta luovuttiin, keskushallinnon organisaatiomuutokset toteutettiin ja kuntien toimintavapautta lisäävä valtiosuusuudistus tuli voimaan, oli Suomessa taloudellinen lama. Huoli sosiaali- ja terveystalouden saattavuudesta ja maassa asuvien yhdenvertaisuudesta saada palveluja asuinpaikasta tai varallisuudesta riippumatta nousi esiin. Erityistä huolta on herättänyt niin sanottujen erityis- ja vähemmistöryhmien palvelujen turvaaminen eli niistä väestöryhmistä huolehtiminen, joilla itsellään on heikot edellytykset huolehtia omista oikeuksistaan ja eduistaan ja joilla ei ole poliittista painoarvoa kunnallisessa päätöksenteossa. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi lastensuojeluasiakkaat, päihdeongelmaiset, mielenterveyspotilaat, kehitysvammaiset ja paljon hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevat dementoituneet vanhukset. Stakesin toi

mesta vuonna 2000 julkaistun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksen mukaan vanhusten hoidon tilanne oli huolestuttava, mielenterveyspalvelujen rakennemuutos oli jäänyt puolitiehen, lastensuojelun tarve ja palvelut olivat kasvaneet koko 1990-luvun, ja päihdeasiakkaiden joukossa naisten ja nuorten sekä huumeita käyttävien osuus sekä päihdeasiakkaiden asunnottomuus ja huono-osaisuus olivat lisääntyneet.

Ohjauksen ja jälkikäteisvalvonnan kannalta huono-osaisimpien ja elämänhallinnaltaan ja toimintakyvyltään heikoimpien ihmisten asemaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Juuri näiden ryhmien oikeusturvasta ja ihmisarvoisen elämän turvasta tulee yhteiskunnan kantaa erityistä huolta, ja heidän oikeuksiensa turvaksi säädetyn lainsäädännön tulisi olla ajan tasalla (Esimerkiksi Lastensuojelulaki, pakotteita ja rajoitteita koskevat säännökset). Lainsäädännön tulisi olla niin selkeä että se toimisi hyvänä työvälineenä ja antaisi riittävät ohjeet palvelujen tuottajille ja sille henkilöstölle, joka toimii niiden ihmisten kanssa, jotka eivät itse pysty itsestään huolehtimaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, palvelujen tasoa ja riittävyyttä, saatavuutta ja toisaalta asiakkaan ja potilaan oikeuksia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisia ja muita toimintayksiköitä, ammattihenkilöstöä ja rahoitusta koskevan normiston kokonaisuus on hyvinkin kattava, mutta monimutkainen ja vaikeaselkoinen. Puitelainsäädännön luonteesta johtuen lain pykälät ovat useimmiten juridisen kielenkäytön mukaisesti niin sanottuja joustavia normeja ja tulkittavissa monella tavalla. Subjektivisia oikeuksia lukuun ottamatta palveluja ja tukitoimia pidetään "määrärahasidonnaisina", ja näiden palvelujen ja tukitoimien saatavuus riippuu joskus siitä, onko kunnalla kunakin toimintavuonna varaa palkata riittävästi henkilökuntaa, järjestää asianmukaisia toimitiloja tai hankkia ostopalveluja. Kunnan on tasapainoiltava tehtävien välillä saadaakseen kaikki lakisääteiset tehtävänsä hoidetuiksi. Laman ja säästötoimenpiteiden johdosta tehtyihin ratkaisuihin perustuvat hallintoriidat esimerkiksi siitä, onko asiakkaalla tai potilaalla oikeus saada erityislainsäädännön mukaista palvelua, missä laajuudessa ja millaisena, kun kunnan määrärahat eivät ole riittäneet palvelun järjestämiseen, ovat lisääntymässä. Korkeimman hallinto-oikeuden ennakkoratkaisuilla on merkittävä asema palvelujen järjestämistä koskevissa rajanvedoissa.

Kuntien taloudellisen aseman erilaisuus vaikuttaa toki siihen, mitä palveluja kuntalaiset saavat. Kuitenkaan rahanpuute ei aina ole määräävä tekijä. Vauriassakin ja rahoitusasemaltaan vakaina kunnissa joidenkin palvelujen saatavuus on heikko eikä väestö ole yhdenvertaisessa asemassa sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaina, vaan palvelun saatavuus, sisältö ja laatu saattaa määräytyä sen perusteella, miten jonkin, järjestämisvelvollisuutta väljäkösti määrittävän säännöksen sisältöä asiakkaan kotikunnassa tulkitaan. Lainsäädäntöä tiukentamalla ei kuitenkaan asia paljon parane. Tärkeämpää näyttäisi olevan se, että kunnan toimintaedellytykset ovat kunnossa ja palvelujen järjestämiseen tarvittava rahoitus vakaammin ennakoitavissa vuotuisia budjetteja laadittaessa.

Palvelujen järjestämisen turvaamisessa suurempi eriarvoisuutta kasvattava ongelma kuin yleinen rahanpuute kunnissa on se, että yksittäisen kunnan tasolla tulopohjan enustettavuus ja vakaus on heikko, mikä tuottaa kunnalle suuria vaikeuksia vuotuisen budjetin laadinnassa ja palveluja suunniteltaessa. Lisäksi on kuntia, joiden taloudellinen asema on - kuntien yleisen rahoitusaseman myönteisestä kehityksestä huolimatta - kiistatta niin heikko, että näiden kuntien asukkaiden palvelujen saatavuus on vaarantunut. Epätyydyttävä nykytila aiheutuu suureksi osaksi myös siitä, että kuntien koko on keskimäärin liian pieni. Työllistäviä yrityksiä, veronmaksajia ja työntekijöitä on liian vä-

hän. Lisäksi kuntien väestörakenne vääristyy muuttoliikkeen ja väestön ikääntymisen seurauksena. Vanhustyöväestön määrä ja vanhustenhuollon palvelujen tarve kasvaa niillä alueilla, joilta nuoremmat muuttavat. Muuttovoittokunnissa taas päiväkodit ja peruskoulut pullistelevat lapsista, ja näiden palvelujen tarve on suuri. Tehokas palvelutuotanto edellyttää usein paljon suurempaa väestöpohjaa kuin mitä pienessä peruskunnassa on. Pienten kuntien tulorahoitus, ottaen erityisesti huomioon muuttoliike ja väestö- ja ikärakenteen muutokset, on liian kapealla pohjalla.

Elinkeinoelämän keskittyminen muutamaankasvukeskukseen, koulutetun ja työikäisen väestön maaltapako ja jäljelle jäävän väestön ikääntyminen avaa synkät tulevaisuudenäkymät suurelle joukolla kuntia, ellei uusia ratkaisuja palvelujen turvaamiseksi löydetä.

Muun ohella muuttoliikkeen ja väestökadon sekä työikäisen väestön keskittymisen seurauksena eräillä alueilla kärsitään työvoimapulasta, ja odotettavissa on sen laajentuminen viimeistään siinä vaiheessa, kun suuret ikäluokat lähtevät sosiaali- ja terveydenhuollosta eläkkeelle. Perusterveydenhuollossa kärsitään nopeasti laajenevasta terveyskeskuslääkäripulasta, joka on laajentunut syrjäseuduilta rintamaille. Eräiden erikoisalojen osajista erikoissairaanhoidossa on vajetta. Myös kelpoisuusehdot täyttävistä sosiaalityöntekijöistä on jo nyt suuri pula: tuoreen selvityksen mukaan joka neljäs sosiaalityöntekijän virka on täytetty epäpätevällä henkilöllä tai vailla hoitajaa, ja esimerkiksi Pohjois-Karjalan maakunnan 19 kunnasta vain kahdessa kunnassa kaikki sosiaalityöntekijöiden virrat on täytetty sosiaalihuollon kelpoisuusehtoasetuksen edellyttämällä päteväällä henkilöllä. Lisäksi kuntien näkökulmasta erikoissairaanhoidon vaikeasti ennakoitavissa oleva kustannusten kasvu on raunioittanut kuntien budjetteja. Ikä- ja sukupuolivakioituun väestöön nähden on suuria alueellisia eroja muun ohella erikoissairaanhoidon eniten vuodeosastohoidon resursseja kuluttavien diagnoosiryhmien hoitajaksojen, hoidettujen potilaiden sekä hoitopäivien määrässä (Isolauri: Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999, STM, työryhmämuistioita 2000:21).

Epäkohdat näyttävät vuosien mittaan kärjistyneen päätellen muun muassa kantelujen ja hallintoriitojen lisääntymisestä, joskin lisääntymiselle on muitakin syitä: koulutustaso ja tietoisuus lisääntyy ja sen myötä vaatimustaso nousee, minkä vuoksi ihmiset ovat aloitteellisia ja aikaisempaa aktiivisempia myös oikeusturvakeinojen käyttäjinä. Ylimpien lainvalvojen käsittelemistä kanteluista ylivoimaisesti suurin osa osoittautuu kuitenkin edelleen aiheettomiksi, eikä tässä suhteessa liene tapahtunut suuria muutoksia pitkällä aikavälillä. Apulaisoikeusasiamies toteaa kuitenkin terveyspalveluja koskeneessa puheenvuorossaan Eduskunnan oikeusasiamiehen toimintakertomuksessa vuodelta 2000, että monet selvitykset, tutkimustulokset ja myös laillisuusvalvonnan kokemukset antavat viitteitä siitä, että oikeudet terveyspalveluihin eivät aina toteudu lainsäädännön edellyttämällä tavalla. On vanhusten kaltoinkohtelua, tarpeetonta eristämistä psykiatriassa sairaalassa, ja terveyskeskuslääkärin vastaanotolle joutuu odottamaan viikkoja ja sairaalan päivystyspoliklinikalla tunteja. Apulaisoikeusasiamiehen mukaan viime vuosikymmenellä on kouriintuntuvasti havaittu, että väljä järjestämisvelvollisuuslainsäädäntö on mahdollistanut palvelujen järjestämisen joko siedettävästi rimaa hipoen tai niiden jättämisen kokonaan järjestämättä. Seurauksena on ollut sen, että eriarvoisuus terveydenhuollon ns. peruspalvelujen saatavuudessa ja laadussa on kasvanut. (EOA:n kertomus toiminnastaan vuonna 2000, Helsinki 2001).

5.2. Ohjauksen ja valvonnan uskottavuuskriisi

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen uskottavuuden kannalta väljä puitelainsäädäntö yhdistyneenä valtionosuusleikkauksiin ja valtionosuusjärjestelmään vuodesta 1993 lähtien tehtyihin muihin muutoksiin on ollut kielteistä. Jatkuvat muutokset ovat lisänneet kuntien epävarmuutta. Valtionosuustehtävien vaatimien voimavarojen ja näiden tehtävien hoitamiseen lainsäädännön mukaan tarkoitettun valtion rahoituksen välinen epäsuhta on johtanut yhteisen säädös- ja resurssiohjausjärjestelmän legitimitietin murenemiseen. Väljän puitelainsäädännön sisältämien joustavien oikeusnormien salliessa kunnat, vedoten määrärahojen puutteeseen, ovat heikentäneet ja myös laiminlyöneet joidenkin palvelujen järjestämisen vastoin lain henkeä, vaikka lainvastaista toimintaa on monessa tapauksessa vaikea osoittaa tulkintavaihtoehtojen runsauden takia. Lakisääteisten tehtävien kokonaisuus on ollut liian raskas taakka hoidettavaksi monelle taloudellisissa vaikeuksissa painivalle kunnalle.

Tilanteessa, jossa väestölle tärkeitä lakisääteisiä tehtäviä on paljon, mutta niiden laatua ja laajuutta ei ole pääosin lainkaan säännelty, ja näihin tehtäviin tarkoitettua valtion rahoitusta on vähennetty lähinnä valtiontaloudellisista syistä, on syntynyt ohjausjärjestelmän uskottavuuskriisi. Kuntapäätäjät ovat kokeneet, että leikkaamalla vuodesta toiseen valtion taholta tulevaa rahoitusta, joka on suoraan tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen, vaikka se kunnan kassassa onkin samaa yleiskatteista valtionosuutta kuin esimerkiksi opetuksen järjestämiseen tarkoitettu valtion raha, valtio on vetäytynyt perustuslain mukaisesta vastuustaan eikä ole antanut kunnille riittäviä edellytyksiä selviytyä palvelujen järjestämisestä. Laman jälkeenkään määrärahalisäyksiä ei ole paria viime vuotta lukuun ottamatta toistaiseksi paljon riittänyt sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Joiltakin osin lakisääteiset tehtävät ovat jopa lisääntyneet, ja vaikka tehtävien laajuuden muutos onkin otettu lisäyksenä valtionosuuspohjassa huomioon, aiemmin toteutettuja leikkauksia tällaiset lisäykset eivät ole kompensoineet. Lisäksi arviot uusien tehtävien tai laajennusten kustannuksista ovat yleensä kuntasektorilla ja valtion taholla erilaiset. Käyttökustannusten valtionosuusmomentille on syntynyt joka tapauksessa vaje suhteessa lakisääteisiin tehtäviin, eikä rahoituksen ja lainsäädännön yhteys ole enää vahva. Valtion rahoitusosuus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa on supistunut kriittisen pieneksi.

Ohjausjärjestelmän uskottavuutta yritetään parantaa tehostamalla informaatiota. Informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta ja tehokkuutta palveluja tarvitsevien ja käyttävien ihmisten asemaan on ollut toistaiseksi kuitenkin vaikea todentaa, eikä informaatio-ohjauksenkaan tueksi ole ollut viime vuosiin saakka käytettävissä riittäviä taloudellisia resursseja. Kehittämishankkeiden erillinen valtionavustus perustamishankkeiden tilalle tulee lisäämään informaatio-ohjauksen volyyymia. Kehittämishankkeet eivät kuitenkaan ratkaise perustehtävien ja niihin suunnatun rahoituksen välistä kuilua ja ohjauksen legitimitettiongelmaa. Korvamerkatuilla rahoilla paikataan tilapäisesti puutteita, jotka tulisi hoitaa muutenkin lakisääteisten tehtävien piirissä ja normaalin valtionosuusjärjestelmän puitteissa.

Uudet laatusuositukset näyttävät tulevan tarpeeseen: näyttää siltä, että uudet, laajapohjaisesti ja hyvässä yhteistyössä valtion viranomaisten, asiantuntijalaitosten ja kuntasektorin sekä kansalaisjärjestöjen kesken laadittavat laatusuositukset muodostuvat sellaiseksi ohjausvälineeksi, jotka täyttävät ohjauksessa syntyneen tyhjiön erinomaisella tavalla. Suosituksille asetetaan paljon odotuksia. Jos nyt jo laadittujen suositusten toi

meenpano onnistuu niin, että vaikutukset näkyvät väestön palvelujen lisääntymisenä siellä, missä niissä on vajausta ja palvelujen laadun paranemisena siellä, missä laatu on ollut heikko ja epäkohtia ilmennyt, suositukset ovat onnistuneet siinä missä lainsäädäntö tai muut perinteiset ohjauksen keinot eivät ole onnistuneet.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamies on todennut, että viimeisen vuosikymmenen kokeuksella on tullut selväksi se, että terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutta koskeva tai muukaan lainsäädäntö ei nykyisellään turvaa parhaalla mahdollisella tavalla ihmisten oikeuksia riittäviin terveydenhuollon palveluihin. Joskus se ei ole turvannut niitä lainkaan, ja nähtäväksi jää, missä määrin hoitosuosituksilla ja asetuksen tasoilla säädöksillä voidaan vaikuttaa. Joka tapauksessa nykyistä täsmällisempi määrittely laissa siitä, missä laajuudessa ja minkä tasoissa terveydenhuollon ns. peruspalvelut tulee toteuttaa olisi omiaan turvaamaan nykyistä paremmin ihmisten oikeudet riittäviin terveystalveihin.

Kuntaliiton käsitykset ohjauksen ja varsinkin lainsäädännön tiukentamisesta ovat erilaiset kuin laillisuusvalvontaviranomaisten. Keskushallinnon tai lääninhallitusten kuntiin kohdistaman ohjauksen, valvonnan tai valtion viranomaisten toimesta tapahtuvan seurannan ja arvioinnin kehittäminen ei ole tarpeen eikä toivottavaa. Kuntaliiton käsityksen mukaan palvelujen saatavuus ja laatu turvataan toisaalta vain siten, että valtio varaa omalta osaltaan riittävästi rahoitusta peruspalvelujen tuottamiseen ja toisaalta kuntien oman työn avulla. Kuntatasolla valvontaa ja ohjausta toteutetaan monin eri tavoin: esimerkiksi tilintarkastuksen, tarkastuslautakuntien, kunnalliskertomusten, muistutus- ja asiamiesjärjestelmien, palvelusitoumusten sekä laatunormien ja arvioinnin avulla. Lisäksi kuntien talous ja välttämättömien peruspalvelujen saatavuus turvattaisiin siirtämällä mahdollisesti eräitä tehtäviä kunnilta valtion vastuulle, lisäämällä palvelujen asiakasmaksurahoitusta ja poistamalla lainsäädännöstä eräitä jäljellä olevia yksityiskohtaisia normeja. Subjektivisia oikeuksia Kuntaliitto on ehdottanut uudelleen arvioitaviksi eräissä yhteyksissä.

Suurimmat ongelmat ovat Kuntaliiton mielestä rahoituksellisia, eivät lainsäädännöllisiä tai ohjauksen ja valvonnan puutteesta johtuvia. Ajatus normiohjauksen ja valvonnan tiukentamisesta tuntuu siis oudolta ja tarpeettomalta. Sen sijaan sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntö on säädöshuollon tarpeessa. Lisäksi sosiaaliasiamies- ja potilasasiamiesjärjestelmät tulisi arvioida riippumattomuuden ja jääviyskysymysten näkökulmasta: nykyisellään kuntaorganisaatioon kuuluvina ne eivät ole tyylipuhtain ratkaisu. Perusoikeusuudistuksen myötä havaitaan, että Eduskunnan oikeusasiamies, hallinto-oikeudet ja korkein hallinto-oikeus ovat ryhtyneet luomaan uutta oikeutta siten, että kunnan talousarvioon sidottuja tehtäviä on monimutkaisten perustelujen avulla muunnettu kunnan voimavaroista riippumattomiksi tai niihin verrattaviksi tehtäviksi (KHO 27.11.2000, t.3118, lääkinnällinen kuntoutus) (Johtava lakimies Taisto Ahvenainen, Suomen Kuntaliitto, muistio selvityshenkilölle 4.2.2002 sekä Kuntaliiton hallituksen hyväksymät tavoitteet lainsäädännön kehittämiseksi 7.6.2000).

5.3. Resurssivaje

1990-luvun alussa toteutettujen organisaatiomuutosten yhteydessä ei osattu ennakoita tulevaa lamaa. Sosiaali- ja terveysministeriöön siirrettiin keskusvirastouudistuksen yh

teydessä sosiaali- ja terveyshallituksen virkamiehiä, mutta virkamiesten siirto tapahtui melko summaarisesti eikä siirtyvien hallinnollisten tehtävien ja valvontaan liittyvien tehtävien vaatimia resursseja huolellisesti arvioitu. Sekä STM:n sosiaali- ja terveyspalveluosasto että terveydenhuollon oikeusturvakeskus olivat lähtökohtaisesti aliresurssoituja, varsinkin kun tehtävät heti organisaatiouudistusten jälkeen lisääntyivät selvästi taloudellisen laman ja sitä seuranneiden säästötoimenpiteiden seurauksena. Sosiaali- ja terveysministeriölle on delegoitunut ylöspäin hajanainen joukko viranomaistehtäviä, joita aikaisemmin hoidettiin keskusvirastoissa, muun muassa asiakasneuvontaa ja eräitä yksilöä koskevia vaikeita kanteluasioita. Perinteisten perustehtävien rinnalle on noussut tutkimus- ja kehittämistoimintaan varattujen määrärahojen lisääntymisen myötä uudenlaisia kehittämistehtäviä, jotka ovat usein projektimuotoisia ja sitovat resursseja joskus runsaastikin määrääjiksi.

Myös lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot ovat aliresurssoituja pelkästään lakisääteisten tehtäviensä määrään nähden. Niillä ei ole riittävästi väkeä kattavasti ennakkoivaan rakenteelliseen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden toiminnan valvontaan. Kuitenkin ennakollinen valvonta, neuvottelu ja vuorovaikutus olisi tehokkaampi valvonnan keino kuin epäkohtien korjaaminen jälkikäteen joko kantelujen kautta tai muiden jälkikäteiskontrollin keinojen avulla, jotka usein kohdentuvat vain yksittäiseen tapahtumaan. Sosiaali- ja terveysosastojen toimintaedellytykset ovat heikentyneet, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät ovat lisääntyneet, muun muassa alkoholilainsäädäntöön tehtyjen tehtäväjakojen muutosten myötä. Laman seurauksena kantelujen ja muiden asiakasyhteydenottojen määrä myös lääninhallituksissa on kasvanut. Viime vuosien ilmiö on yksityisen palvelutuotannon ja samalla lupa- ja ilmoitusasioiden sekä valvonnan tarpeen huomattava kasvu. Lääninhallitusten alueen väestö- ja kuntamäärä, elinkeinorakenne ja maantieteelliset olosuhteet ja sen mukaan myös valvontatehtävien määrät vaihtelevat kuitenkin huomattavasti. STM:n ja lääninhallitusten tulossopimuksissa on myös lisääntyvässä määrin kehittämishankkeita ja -tehtäviä, joita ei kuitenkaan erikseen resurssoida. Peruspalvelujen arvioinnin lakisääteistäminen on niinkään lisännyt lääninhallituksen tehtäviä, eikä tätä tehtävien lisäystä ole otettu huomioon henkilöstövoimavarojen mitoituksessa.

Henkilöstövoimavarojen puutteen lisäksi lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen muut taloudelliset resurssit - esimerkiksi määrärahat asiantuntijalausuntojen hankkimiseksi - ovat liian niukat, jotta ne voisivat tyydyttävästi suorittaa edes lakisääteistä valvontatehtävänsä. Käytännössä lääninhallitusten valvonta suuntautuu lähes yksinomaan yksityisten palveluntuottajien luvanvaraiseen toimintaan luvan saamisedellytysten tarkastelun muodossa ennakkovalvontana ja kanteluista ilmitulleiden epäkohtien kautta jälkivalvontana. Yksityiset sosiaalipalveluyritykset ovat lisääntyneet, ja näiden yritysten toimitilat ovat tasoltaan hyvin vaihtelevia ja henkilökunnan koulutustaso ja ammatillinen osaaminen kirjavaa, joskus riittämätöntä esimerkiksi ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan järjestämiseen laadukkaasti. Yksityiset terveydenhuollon ammatinharjoittajat saattavat laiminlyödä ilmoitusvelvollisuutensa, jolloin ammatinharjoittajan toiminta ei edes tule viranomaisten tietoon ennen kuin toiminnasta mahdollisesti kannellaan. Yksityiset sosiaalipalveluyritykset saattavat toimia vain lyhyen aikaa, omistajat vaihtuvat ja olosuhteet muuttuvat, ja lääninhallitusten tulisi olla ajan tasalla yrityksissä tapahtuvista muutoksista. Myös yksityisen terveydenhuollon yritykset ovat lisääntyneet ja ovat osin lyhytikäisiä. Lääninhallitusten arvion mukaan voimavarat eivät riitä lähimainkaan yksityisen palvelutoiminnan asianmukaiseen valvontaan, saati sitten epäkohtien havaitse

miseen kunnallisessa palvelutuotannossa. Lääninhallitukset eivät nykyisillä voimavaroilla voi irrottaa riittävästi henkilöitä kentälle.

Jälkikäteisvalvontaan luettavia kanteluasioita käsitellään kaikissa viranomaisissa. Kantelujen määrä on yleisesti lisääntynyt, ja kanteluista on kehittynyt muotosidonnaista oikeusprosessia muistuttava menettely. Joustavana pidetty kantelumenettely, jonka avulla kansalainen on voinut saada viranomaisen virheen tai laiminlyönnin esimiehen tai valvontaviranomaisen selvitettäväksi, on muuttunut muodolliseksi, lähes tuomioistuinmaiseksi päätöksenteoksi. Kanteluasioitten koetaan työllistävän valtionhallintoa lähes hallitsemattomasti. Sama asiakas prosessaa samanaikaisesti useassa viranomaisessa tai hakee samaan asiaan ratkaisua kantelun kautta moneen kertaan. Tällaista päällekkäisyyttä voitaisiin pyrkiä karsimaan mahdollisen viranomaisten yhteisen kantelurekisterin avulla. Eräs vaihtoehto olisi keskittää kanteluasioitten käsittely harvemmille viranomaisille, esimerkiksi pelkästään oikeusturvaviranomaisille. (Ylitarkastaja Esa Koukka-ri, Oulu lh, muistio selvityshenkilölle).

Terveys- ja hyvinvointivaltuutuksen oikeusturvakeskuksen ammatinharjoittamisen valvontaan liittyvät sekä muut tehtävät ovat vuodesta 1993 lähtien jatkuvasti lisääntyneet. Vuosittain käsiteltäväksi tulevien kantelujen määrä on lisääntynyt vuodesta 1993 vuoteen 2001 65:stä 235:een. Vuonna 2001 TEO ratkaisi 155 kanteluasiata, kun kanteluita vuonna 2000 ratkaistiin 159. Uusien ratkaistaviksi tulleiden asioiden määrä on lisääntynyt vuoden 1993 203:sta vuoden 2001 451:een. Kun TEO ratkaisi vuonna 2000 303 asiaa ja vuonna 2001 63 asiaa enemmän eli 366 asiaa, lisääntyi kuitenkin vireille tulevien asioiden määrän lisääntyessä myös keskeneräisten asioiden määrä vuodenvaihteesta 2000 vuodenvaihteeseen 2001 kahdeksallakymmenellä eli 247 asiasta 327 asiaan. Vuonna 2001 TEOon saapui 381 kantelua, mikä on 19 prosenttia enemmän kuin edellisellä vuonna (319). Lisäksi lausuntopyynnöt ja kanteluratkaisut ovat monimutkaistuneet ja vaikeutuneet. Kun TEOon toimivaltaan ei kuulu terveydenhuollon organisaatioiden valvonta, joutuu TEO kanteluproseduureissa ratkaisemaan asian organisaation sisällä toimivien ammatinharjoittajien toiminnan osalta erikseen ja eräissä tapauksissa lähettämään asian lääninhallituksen ratkaistavaksi siltä osin, kuin epäkohta on johtunut ilmeisesti organisaation sisäisistä menettelytavoista, ohjeista tai muusta syystä, jota ei voida suoraan lukea kenenkään ammatinharjoittajan toiminnasta johtuneeksi.

Vuonna 2001 lääninhallitukset saavuttivat varsin vaihtelevasti kantelujen käsittelyaikatavoitteensa. Etelä-Suomi saavutti keskimääräisen kahdeksan kuukauden tavoitteensa (ratkaistuja kanteluita 439), kun taas Länsi-Suomen lääninhallituksessa käsittelyaika venyi tavoitellusta kahdeksasta kuukaudesta yli vuoteen. Kanteluita saapui lähes 400, ja ratkaisu tehtiin 340 kanteluasiassa. Myöskään Itä-Suomi ei saavuttanut tavoiteltua kuuden kuukauden keskimääräistä käsittelyaikaa. Oulun lääninhallitus ja Lapin lääninhallitus sitä vastoin saavuttivat, Oulu jopa alitti käsittelyaikatavoitteensa. Oulun lääninhallituksessa ratkaistiin vuonna 2001 98 ja Lapin lääninhallituksessa 70 kanteluasiata.

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot tekevät vuotuiset tulossopimuksensa sosiaali- ja terveysministeriön kanssa, mutta hallinnollisesti ne ovat sisäasiainministeriön alaisia osana lääninhallitusta. Tulossopimuksissa todetaan, mitkä voimavarat kukin lääninhallitus osoittaa sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tehtävien toteuttamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriöllä ei ole mahdollisuutta vaikuttaa voimavarojen määrään tai virkarakenteeseen, koska sosiaali- ja terveysosastojen käytettävissä olevat voimavarat budjetoidaan osana lääninhallitusten voimavaroja sisäasiainministeriön

pääluokkaan. Näin ollen sosiaali- ja terveysministeriö voi kyllä asettaa tavoitteet ja määrittää tehtävät tulossopimuksissa, mutta ei varmistaa sitä, onko näiden tehtävien tekemiseen käytettävissä riittävästi voimavaroja.

Perusturvalautakunnan toiminta palvelujen asianmukaisuuden arvioinnissa on hyvin vähäistä. Hallitusohjelman sosiaali- ja terveyspalveluja koskevassa osassa on todettu, että osana palvelujärjestelmän arviointia tulee perusturvalautakunnan roolia vahvistaa ja sen toimintaa tehostaa. Tämän perusteella lautakunta on itse arvioinut asemaansa ja vähäistä merkitystään seuraavasti (Muistio Perusturvalautakunnan aseman kehittäminen, perusturvalautakunnan sisäinen muistio 16.5.2000, perusturvalautakunnan sihteeri Jouko Narikka):

Lautakunnan asemaa ei tunneta riittävästi. Yksittäisten kansalaisten on vaikea hahmottaa yksittäisten hallinnollisten asioiden ja laajemmin palvelujärjestelmää koskevien kysymysten eroa, jolloin syntyy väärinkäsityksiä. Toisaalta laajemmat palvelujärjestelmää koskevat ongelmat eivät välttämättä nouse esiin yksittäisen asiakkaan näkökulmasta. Myöskään viranomais- tai järjestökenttä ei ole aktiivisesti tehnyt aloitteita.

Lautakunnan rooli on passiivinen ja sen voimavarat ovat vähäiset. Nykyinen tilanne ei mahdollista aktiivista "kentällä liikkumista" eikä oma-aloitteista valvontaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tasoa ei ole lainsäädännössä yleensä kunta-kohtaisesti määritelty. Useissa palvelumuodoissa on suuria kuntakohtaisia eroja, jotka eivät ole säädösten vastaisia. Tällöin on vaikeaa todeta, että jonkin kunnan menettely olisi puutteellinen verrattuna yleisesti hyväksytyyn tasoon.

Perusturvalautakunnan käytössä olevan suositusmahdollisuuden tehoon ei uskota. Lautakunnan kokoonpanossa korostuu valtion ja kuntien edustajien näkökulmien vastakkaisuus ja ulkopuolisen asiantuntijaroolin merkitys on vähäinen.

6. Ehdotukset

1. Viranomaisia koskevat ehdotukset

Toimeksiannon mukaan tehtävänä oli tehdä ehdotukset ohjauksen ja valvonnan organisoiminnin ja lainsäädännön selkeyttämiseksi tarvittavista jatkotoimenpiteistä.

Organisaatioita koskevat ehdotukset on pääosin rajattu vain tässä selvityksessä tarkasteltavina olleisiin terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen, lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoihin ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteyteen asetettuun perusturvalautakuntaan. On selvää, että ehdotukset eivät riitä koko sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen selkeyttämiseksi. Ohjauksen selkeyttäminen vaatisi muidenkin hallinnonalan organisaatioiden tehtävien ja työnjaon uudelleenarviointia.

Ohjausta ja valvontaa harjoittavien viranomaisten tehtäviä arvioitaessa on ratkaistava muun ohella se, kuinka paljon kunkin organisaation voimavaroja voidaan ja tulee käyt

tää perustehtäviin ja kehittämistehtäviin sekä toisaalta normi- ja resurssiohjaukseen ja toisaalta laajamittaiseen informaatio-ohjaukseen. Hallinnonalan viranomaisten sekä tutkimus- ja kehittämislaitosten on priorisoitava eri tehtäviä: kaikki eivät voi tehdä kaikkea. Ministeriölle kuuluvat perustehtävät, erityisesti laadukas ja pitkäjänteinen lainvalmistelutyö, strateginen suunnittelu sekä toiminnan ja talouden määräaikaissuunnittelu eli vuotuiset budjetit, valtionosuustehtäviin laadittava tavoite- ja toimintaohjelma, toimintasuunnitelmat ja niiden toteutumisen seuranta sekä raportointijärjestelmät hallitukselle ja eduskunnalle edellyttävät riittävien voimavarojen varaamista sosiaali- ja terveysministeriölle. Toisaalta uudenlaisten ohjauskeinojen, erityisesti laatusuosituksen laadinta, lisääntyvä kehittämis- ja kokeilutoiminta, projekteihin osallistuminen, niiden rahoittaminen, hallinnointi ja valvonta vaatii myös ministeriöltä voimavaroja lisääntyvässä määrin.

Sosiaali- ja terveysministeriön nykyisillä voimavaroilla ei ole mahdollista enää hoitaa tyydyttävästi sekä kaikkia perustehtäviä että monenlaisia kehittämistehtäviä. Myöskin muiden viranomaisten voimavarat ovat riittämättömät lisääntyneiden ja yhä lisääntyvien tehtävien hoitamiseksi, ellei voimavaroja ja kunkin organisaation toiminnan painopistettä tietoisesti suunnata joko perustehtäviin tai kehittämistehtäviin.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus

Selvitysmies Huttunen ehdotti harkittavaksi, että TEO:n tehtäviä laajennettaisiin sosiaalihuoltoon ja toimivaltaa ulotettaisiin palveluita järjestävien julkisten ja yksityisten laitosten ja toimintayksiköiden asianmukaisuuden valvontaan.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtävien laajentaminen sosiaalihuoltoon merkitsisi käytännössä kokonaan uuden keskusviraston perustamista, TEO:n virkarakenteen huomattavaa muuttamista ja nykyisen henkilöstömäärän huomattavaa lisäystä, vähintään kaksinkertaiseksi nykyisestä. TEO:n tehtävät lisääntyisivät nykyisestään, ja niiden luonne muuttuisi osittain. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa ei nykyisellään ole juurikaan sosiaalihuollon asiantuntemusta, ja tehtävien laajentuessa sosiaalihuoltoon olisi virastossa oltava sosiaalihuollon vankka asiantuntemus. TEO:n tehtäviä on pieneltä osin laajennettu sosiaalihuollon suuntaan säätämällä sille kansainvälisissä toimielimissä käsiteltäviin ihmisoikeusasioihin liittyviä tehtäviä vuonna 1998. Vuonna 2001 Euroopan ihmisoikeustuomioistuimessa oli vireillä 10 lasten huostaanottoa ja yksi mielenterveyslain alaa koskevaa asiaa, joiden käsittelyyn TEO on osallistunut. Sosiaalialan ammattinharjoittamistyöryhmä on myös harkinnut TEO:n tehtävien laajentamista siten, että työryhmän ehdottama sosiaalityöntekijöiden pätevyyden vahvistaminen tai valvonta sekä siihen liittyvä rekisterinpito annettaisiin TEO:lle, jos TEO:sta muodostettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon oikeusturvakeskus, jonka tehtäviä laajennettaisiin sosiaalihuoltoon ja toimivaltaa ulotettaisiin palveluita järjestävien julkisten ja yksityisten laitosten ja toimintayksiköiden asianmukaisuuden valvontaan. (Sosiaalialan ammattinharjoittamistyöryhmän muistio, STM, Työryhmämuistioita 2000:32).

TEO:sta ei ole tarkoituksenmukaista muodostaa uutta Sosiaali- ja terveydenhuollon oikeusturvakeskusta ilman että samalla tarkistetaan kaikkien hallinnonalan viranomaisten tehtävät ja työnjaot. Jos uuteen keskusvirastoon päädyttäisiin, olisi tehtävä voimavara

siirtoja keskushallinnon muiden viranomaisten, lähinnä sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja TEOn välillä, mahdollisesti pieneltä osin lääninhallitusten ja TEOn välillä. Kun ohjaukseen ja valvontaan käytettävän asiantuntijahenkilöstön määrä on joka virastossa vähäinen, ei ole tarkoituksenmukaista siirrellä tehtäviä ja niukkoja voimavaroja paikasta toiseen. Vain siinä tapauksessa, että keskusvirastomalli yleisemminkin hyväksytään uudelleen valtionhallintoon ja siihen ollaan valmiita varaamaan lisäresursseja, ehdotus TEOn tehtävien laajentamisesta sosiaalihuoltoon olisi realistinen. Keskusvirastomallin käyttöönottoon vaikuttanevat keskushallintohankkeen ehdotukset.

TEOn tehtävänä olevaa terveydenhuollon ammatinharjoittamisen valvontaa vaikeuttaa osaltaan se, että TEOn ei ole toimivaltaa puuttua terveydenhuollon organisaatioiden toimintaan. Terveydenhuollon organisaatiovalvonta voisi luontevammin kuin sosiaalihuollon valvonta olla jo nykyisellään terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtävä. Tällöin kuitenkin työnjako lääninhallitusten ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen välillä pitäisi selkeyttää esimerkiksi siten, että TEO ottaa käsiteltäväkseen organisaation toiminnan vain silloin kun siihen on syytä ammatinharjoittamisen valvonnan yhteydessä, tai siten, että TEOn tehtäväksi säädetään esimerkiksi vain suurimpien erikoissairaanhoidon organisaatioiden eli sairaanhoitopiirien kuntayhtymien ylläpitämien sairaaloiden valvonta, ja lääninhallitukset suorittavat muiden terveydenhuollon organisaatioiden valvontaa entiseen tapaan. Valvontatehtävien laajentaminen yleisesti terveydenhuollon organisaatioihin edellyttää lisäresursseja TEOn, ja jos se säädetään yleisesti TEOn tehtäväksi, lääninhallituksille jäisi ainoastaan sosiaalihuollon organisaatioiden valvonta.

Ei ehdoteta TEOn tehtäviä laajennettavaksi sosiaalihuoltoon ainakaan lähivuosina. Sen sijaan ehdotetaan, että

Vaihtoehto 1 edellyttää täsmennyksiä ainakin Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta annettuun lakiin ja asetukseen, Lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (muutokset ainakin 24 §, 25 §, lisäksi uusia säännöksiä), Lakiin yksityisestä terveydenhuollosta 4 ja 5 luvut), Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista, mahdollisesti luku 3 ja 4). Taloudelliset vaikutukset: Ehdotuksella on budjettivaikutuksia. TEOn tehtävät lisääntyvät, ja säädösmuutokset edellyttävät mahdollisesti myös TEOn ylläpidettävien tietojärjestelmien ja -rekisterien tarkistamista tai uutta tiedostoa. Jatkovalmistelun organisointi: Työryhmä STM/TEO/lääninhallitus/(Kuntaliitto): tehtävänä laatia tarvittavat säädösmuutosesitykset.

1. Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle säädetään mahdollisuus puuttua ammatinharjoittajia koskevien kantelujen käsittelyn yhteydessä myös terveystalouksia järjestävien julkisten ja yksityisten toimintayksiköiden toimintaan silloin kun kantelun perusteena olevien epäkohtien tai virheiden havaitaan johtuneen toimintayksikössä noudatetuista menettelytapoista, toimintayksikön johdon määräyksistä tai muusta toimintayksikön sisäisestä ohjeistuksesta, jota noudattamalla ammatinharjoittajan/henkilökunnan voidaan katsoa aiheuttaneen kantelun perustana olevan epäkohdan tai virheen. (Vaihtoehto 1)

2. Säädetään terveydenhuollon julkisten ja yksityisten toimintayksiköiden valvonta TEOn tehtäväksi. Samalla muutetaan terveydenhuollon ammatti

henkilöitä koskevaa lainsäädäntöä siten, että TEO:n suorittaman valvonnan painopiste siirtyy yksittäisten ammattihenkilöiden toiminnan valvonnasta laajempaan toimintayksiköiden toiminnan asianmukaisuuden ja laadun valvontaan. Kevennetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä ylläpidettäviä rekistereitä vähentämällä rekisteriin merkittävien ammattinimikkeiden lukumäärää ja rekisterin tietosisältöä. (Vaihtoehto 2)

Molemmat vaihtoehdot edellyttäisivät, että terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaa lainsäädäntöä muutetaan siten, että TEO:n suorittaman valvonnan painopiste siirtyy yksittäisten ammattihenkilöiden toiminnan valvonnasta laajempaan toimintayksiköiden toiminnan asianmukaisuuden ja laadun valvontaan. Muutoksen valmistelun yhteydessä harkittaisiin muun ohella nimikesuojattujen ammattinimikkeiden rekisteröinnin tarve, ja se, missä määrin olisi mahdollista keventää terveydenhuollon ammattihenkilöistä ylläpidettäviä rekistereitä vähentämällä rekisteriin merkittävien ammattinimikkeiden lukumäärää ja rekisterin tietosisältöä. Samalla tulisi selvittää, olisiko tarpeen purkaa kytkentä arvonlisäverosta vapaan terveyden- ja sairaanhoidon harjoittamisen ja ammatinharjoittamislainsäädännössä tarkoitetun rekisteröinnin välillä, kuten jo aikaisemmissa selvityksissä on ehdotettu (esim. Terveydenhuollon ammatinharjoittamistyöryhmän muistio, STM 2000:10).

Vaihtoehto 2 merkitsee huomattavia muutoksia lainsäädäntöön sekä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallitusten väliseen työnjakoon ja resurssointiin. Edellyttää kokonaan uutta lainsäädäntöä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon valvonnasta. Taloudelliset vaikutukset: Ehdotuksella on merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. TEO:n tehtävät lisääntyvät. Toisaalta lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen tehtävät vähenevät jonkin verran. Resursseja arvioidaan säästyvän myös, jos nykyistä ammattihenkilöistä annettua lainsäädäntöä muutetaan, ammattihenkilöiden valvonnan painopistettä siirretään organisaatiovalvontaan ja ammattihenkilörekisteriä kevennetään. Edellyttää uuden tietojärjestelmän rakentamista ja ylläpitoa valvontatehtävän hoitamiseksi. Lisäksi on saatava aikaan toimiva ja reaaliaikainen yksityisten terveyspalvelujen valtakunnallinen rekisteri. Jatkovalmistelu: Toimikunta, jonka tehtävänä olisi selvittää TEO:n tehtävien laajentamisen edellyttämän uuden lainsäädännön tarve, sosiaali- ja terveysosastoilta mahdollisesti vähenevät tehtävät, nykyisen lainsäädännön muutostarpeet tässä yhteydessä sekä muuttuvien TEO:n sekä lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen tehtävien edellyttämät tietojärjestelmä- ja resurssitarpeet. Toimikunnalle päätoiminen sihteeri. Valmisteluaikaa vähintään 1 vuosi.

Ehdotuksen heikkoutena on pidettävä muun muassa sitä, että nykyisellään lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoilla hoidetut sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden valvontatehtävät eriytyisivät kokonaan, ja TEO:ltä puuttuu se alueellinen ja paikallisiantuntemus, joka taas on lääninhallitusten vahvuus. Terveydenhuollon organisaatioiden valvonta painottuisi todennäköisesti pelkästään jälkikäteisvalvontaan, vaikka suuntaus ennakkollisen valvonnan tehostamiseen olisi perustellumpi. Toisaalta jako ammatinharjoittajien toiminnan ja organisaation toiminnan välillä on usein keinotekoinen, ja valvonnan painopisteen siirtäminen organisaatiovalvontaan yksittäisen ammatinharjoittajan valvonnasta saattaisi olla perusteltua myös potilaiden ja asiakkaiden kannalta.

Ehdotetaan, että kaikissa tapauksissa vakiinnutetaan jo käynnissä oleva TEOn ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen välinen asiantuntija-apu, tietojenvaihto ja yhteistyö lupamenettelyjen, valvonnan menetelmien ja hallintokäytäntöjen yhtenäistämiseksi järjestämällä säännönmukaisia työkokouksia valvonta-asioista.

Ehdotus ei edellytä lainmuutosta, eikä sillä ole välittömiä budjettivaikutuksia. Edellyttää asian kirjaamista sekä TEOn että lääninhallitusten tulossopimuksiin.

Lääninhallitukset

Ehdotetaan, että siirretään sosiaali- ja terveysosastojen toimintamenojen budjetointi sosiaali- ja terveysministeriölle.

Ehdotus on ollut esillä jo ainakin vuodesta 1998 lähtien, vuosi aluehallintouudistuksen jälkeen. Sosiaali- ja terveysministeriö on usein todennut, että lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot ovat ministeriön ainoita aluehallintoviranomaisia, joiden on luontevaa ja mahdollista toimia lähempänä ja välittömässä yhteistyössä 448 kunnan kanssa kuin ministeriön suoraan. Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen resursseihin sosiaali- ja terveysministeriö ei kuitenkaan voi vaikuttaa siitä huolimatta, että se tekee tulossopimukset näiden viranomaisten kanssa. Olisi perusteltua siirtää voimavarojen budjetointi ja tulossopimusten teko samalle viranomaiselle. Ehdotus edellyttää uutta momenttia STM:n pääluokkaan siirtona SM:n pääluokasta sekä voimavarojen varaamista lääninhallitusten toimintamenojen hallinnointiin ja budjetointiin sosiaali- ja terveysministeriössä.

Turvataan lääninhallitusten lisääntyvien valvontatehtävien edellyttämät henkilöresurssit sekä riittävät määrärahat kanteluiden käsittelyssä tarvittavan asiantuntijajärjestelmän käyttämiseksi.

Ehdotus edellyttää varautumista budjetissa. Sisäasiainministeriölle on vuoden 2003 kehysvalmistelun yhteydessä lähetetty kirje tarvittavista lisäresursseista.

Ehdotetaan, että vuosittain sovittavien tehtävien määrää vähennetään sosiaali- ja terveysosastojen tulossopimuksissa siten, että lupahallinto- ja valvontatehtävät, uusien kehittämishankkeiden hallinnointitehtävät ja peruspalvelujen arviointi ensisijaistetaan ja resurssit näiden tehtävien hoitamiseksi turvataan. Peruspalvelujen arvioinnissa seurataan erikseen sovittavin tavoin myös valtakunnallisten laatusuosituksen toimeenpanoa ja toteutumista ja raportoidaan niistä perusturvalautakunnalle tai jäljempänä esitettävälle perusturvalautakunnasta muodostettavalle uudelle toimielimelle.

Ehdotus ei edellytä lainmuutoksia. Perustehtävien ja kehittämistehtävien välillä tulee olla tasapaino, ja ministeriön tulee huolehtia siitä, ettei lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastoille anneta liikaa tehtäviä vuosittaisissa tulossopimuksissa.

Ehdotetaan, että vakiinnutetaan TEOn ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen välinen asiantuntija-apu, tietojenvaihto ja yhteistyö lupamenettelyjen, valvonnan menetelmien ja hallintokäytäntöjen yhtenäistämiseksi.

Ehdotus ei edellytä lainmuutoksia, edellyttää asian kirjaamista lääninhallitusten ja TEOn tulossopimuksiin.

Perusturvalautakunta

Nykyisellään perusturvalautakunta ei toimi kunnolla eikä asiointi tyydytä ketään. Perusturvalautakunnan asemaa on yritetty vahvistaa muuttamalla lautakunnan toimintakäytäntöjä niin, että asiantuntijoita on kuultu ja keskustelua kuntien palvelujärjestelmästä käyty ilman että asia konkreettisesti on ollut vireillä lautakunnassa. Jotta lautakunta saataisiin toimimaan, on ainakin sen toimivaltaa ja roolia täsmennettävä lainsäädännössä. (jäljempänä ehdotus VE 1). Lisäksi nykyisessä kokoonpanossa korostuu tarpeettomasti valtio-kunta vastakkainasettelu, vaikka tavoitteet peruspalvelujen turvaamiseksi ovat yhteiset. Muuttamalla lautakunta laajapohjaisemmaksi asiantuntijaelimeksi ja muuttamalla myös sen nimi neuvottelukunnaksi voitaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kipeitäkin kysymyksiä ja palvelujärjestelmän puutteita tai onnistumisia nostaa laajempaan keskusteluun ilman että käsittelyllä olisi juridisia tai edunvalvontapainotuksia. Asiantuntijaelin voisi perustaa joustavasti pieniä jaostoja tai sivuelimiä, jotka tarpeen tullen voisivat nopeasti selvittää sellaisia yksittäisen kunnan tai organisaation sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmia, jotka kaipaavat pikaista puuttumista (jäljempänä ehdotus VE 2).

Neuvottelukunnan tehtävänä olisi muun ohella säännönmukaisesti käsitellä informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta käymällä läpi kehittämishankkeissa saavutettuja tuloksia ja hyviä käytäntöjä ja niiden vaikutuksia paikallistasolla. Neuvottelukunta käsitelisi lääninhallitusten peruspalvelujen arviointiraportit ja arvioisi erityisesti valtakunnallisten laatusuosituksen toimeenpanoa ja niiden vaikutuksia.

1. Ehdotetaan, että mahdollistetaan perusturvalautakunnan oma-aloitteinen käsittely tai selvitysten teettäminen palvelujärjestelmästä.

Ehdotetaan, että täsmennetään lautakunnan rooli muulla tavoin kuin suhteessa "yleisesti hyväksytyyn tasoon". (Vaihtoehto 1, "minimivaihtoehto")

Ehdotus edellyttää STVOL 35 §:n muutosta ja asetusta sekä muun erityislainsäädännön tarkistamista.

2. Muutetaan perusturvalautakunta valtakunnalliseksi sosiaali- ja terveyspalvelujen asiantuntijaelimeksi/neuvottelukunnaksi. Muutetaan kokoonpanoa siten, että asiantuntijaelimessä/neuvottelukunnassa olisi edustettuna mahdollisimman laaja sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemus. Asiantuntijaelin/ neuvottelukunta olisi pääosin tai yksinomaan asiantuntija-

joista koostuva elin. Hallinnonalalla toimii neuvottelukuntia, joita voitaisiin soveltuvin osin käyttää mallina (esimerkiksi ETENE).

Säädetään asiantuntijaelimelle/ neuvottelukunnalle mahdollisuus asettaa jaostoja erillisten selvitysten tekemistä varten. Jaosto voisi tarvittaessa selvittää nopeastikin yksittäistapauksen pohjalta kunnan peruspalvelujen tilannetta.

Asiantuntijaelimen/ neuvottelukunnan tehtävänä olisi lisäksi säännönmukaisesti arvioida informaatio-ohjauksen vaikuttavuutta, käsitellä lääninhallitusten tekemät alueelliset peruspalvelujen arviointiraportit, niiden valtakunnalliset yhteenvedot sekä raporttien johdosta tehtävät johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset, sekä arvioida valtakunnallisten laatusuosituksen toteutumista.

Nimitetään asiantuntijaelimelle/ neuvottelukunnalle päätoiminen sihteeri. (Vaihtoehto 2)

Ehdotus edellyttää vähintään STVOL 35 ja 36 §:n muutosta ja asetusta. Asiantuntijaelimestä/neuvottelukunnasta säädettäisiin STVOLissa, ja asetuksella säädettäisiin toimielimen/neuvottelukunnan tehtävistä ja alajaostoista. Ehdotuksella on budjettivaikutuksia. Asiantuntijaelin/neuvottelukunta olisi jäsenmäärältään nykyistä huomattavasti suurempi, ja sille olisi perusteltua palkata pääsihteeri.

2. Säädosohjausta ja laatusuosituksia koskevat ehdotukset

Lainsäädännön selkeyttämisessä on paljon tekemistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö kaippaa monelta osin ajanmukaistamista ja vähintäänkin sitä, että säännökset saatetaan vastaamaan vuonna 1995 voimaan tulleen perusoikeusuudistuksen sekä muun uudistetun yleislainsäädännön vaatimuksia. Eräät lait ovat selvästi vanhentuneita sekä lähtökohdiltaan että sisällöltään. On alueita, jotka ovat kokonaan sääntelemättä, kuten sosiaalihuollon asiakasta koskevien asiakirjojen ja tiedostojen käsittely, säilyttäminen ja hävittäminen. Uuden teknologian käyttö lisääntyvässä määrin myös sosiaali- ja terveydenhuollossa edellyttää, että pykälät ajantasaistetaan käyttökelpoisiksi modernissa tietoyhteiskunnassa muun muassa siten, että turvataan tiedon liikkuminen nopeasti ja joustavasti tarpeen mukaan, mutta myös asiakkaiden ja potilaiden yksityisyyden suoja ja luottamuksensuoja asiakassuhteessa. Eräiltä osin tulee harkita myös puitelainsäädännön väljien normien tiukentamista, esimerkiksi Kansallisessa terveysprojektissa ehdotetuin tavoin mahdollisia hoitopääsyaikoja säättämällä.

Lainsäädännön selkeyttämisen käynnistämiseksi sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelmaan vuodelle 2002 on jo kirjattu useampivuotinen palvelulainsäädäntöstrategia -hanke, jonka tehtävänä on suunnitella sekä vaiheistaa tarvittavat lainsäädäntöuudistukset kuluvan vuosikymmenen aikana edellyttäen, että hankkeen käytettävissä on riittävästi lainvalmistelukapasiteettia. Hankkeelle esitetään varattavaksi lisävoimavaroja siten, että ministeriöllä olisi hankkeeseen käytettävissä kolme lisähenkilö

työvuotta vuodesta 2003 alkaen, ja jos mahdollista, jo syksyllä 2002. Hankkeen tarkoituksena on käynnistää kiireellisimmin toteutettavien sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistustarpeiden pohjalta osaprojekteina etenevä säädösvalmistelu, johon kohdennetaan tarvittava määrä lainvalmisteluhenkilöstöä. Tällaisia kiireellisimmin valmisteltavia säädöksiä ovat esimerkiksi lastensuojelulain muutokset ja sosiaali- ja terveydenhuollon pakotteita ja rajoituksia koskevien ehdotusten jatkovalmistelu. Palvelulainsäädäntöstrategian toisessa vaiheessa tarkoituksena on laatia pitemmän tähtäyksen strategia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi vuosikymmenen loppuun mennessä. Suunnitelman keskeisimmät tavoitteet toivotaan voitavan sisällyttää seuraavaan hallitusohjelmaan, ja suunnitelmaa voidaan hyödyntää valmisteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaa vuosille 2004 - 2007.

Ehdotetaan, että ministeriön toimintasuunnitelmaan kirjoitetun edellä selostetun palvelulainsäädäntöstrategian toteuttamiseen varataan riittävästi valmistelukapasiteettia lisäämällä asiantuntijahenkilöstöä, joka on irrotettu yksinomaan tähän tehtävään.

Perinteisen säädösohjauksen rinnalle on tullut uusi informaatio-ohjauksen keino eli laajassa yhteisymmärryksessä valmistellut laatusuositukset. Voimassa olevassa tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000 - 2003 on määritelty ainakin viisi aluetta, joille laatusuosituksia tehdään.

Viimeistään seuraavan tavoite- ja toimintaohjelman vuosille 2004-2007 valmistelun käynnistyessä on päätettävä, mille sosiaali- ja terveydenhuollon alueille uuden ohjelmakauden aikana tarvitaan vastaavanlaisia suosituksia, kuka ne valmistelee ja millainen yhteistyö- ja seurantaorganisaatio suositusten valmistelemiseksi tarvitaan. Erityisesti on huolehdittava suositusten järjestelmällisestä toimeenpanosta ja vaikuttavuuden arvioinnista pitemmällä aikavälillä. Perusturvalautakunnasta muodostettavalla asiantuntijaelimellä olisi keskeinen tehtävä laatusuosituksien toimeenpanon seurannassa ja vaikuttavuuden arvioinnissa.

Ehdotetaan, että uusien laatusuosituksien aihealueet sovitaan ja laadintatyö sekä toimeenpano resurssoidaan ja aikataulutetaan järjestelmällisesti samalla kun päätetään TATO 2004 - 2007 valmistelun organisoinnista syksyllä 2002.