

## **Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, yleisperustelut, 3.11.2017**

### **ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ**

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi uusi laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lain tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palvelun tuottaja ja parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua. Laissa säädettäisiin asiakkaan valinnanvapauden sisällöstä, valinnanvapauden käyttämiseen liittyvästä neuvonnasta ja ohjauksesta, palvelutarpeen arvioinnista sekä palvelujen yhteensovittamisesta, palvelujen tuottajien hyväksymis- ja sopimusmenettelyistä, palvelujen tuottamisesta ja tuottajia koskevista velvoitteista, palveluntuottajille suoritettavista korvauksista, tiedonhallinnasta, valvonnasta sekä valinnanvapausmallin käyttöönotosta.

Ehdotettavan valinnanvapausmallin kautta siirryttäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään, jossa asiakas voisi vaikuttaa palveluntuottajansa valintaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaa maakunta. Asiakkaan valinnanvapaudella tarkoitettaisiin asiakkaan oikeutta valita palveluntuottaja ja tämän palveluyksikkö sekä palveluja antavat ammattihenkilöt tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. Asiakkaan valinnanvapaus koostuisi maakunnan liikelaitoksessa toimivan julkisen tai yksityisen sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suun hoidon yksikön valinnasta, maakunnan liikelaitoksen valinnasta sekä asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla saatavista palveluista. Laissa määriteltyjä suoran valinnan palveluita tuottavan sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suun hoidon yksikön asiakas voisi valita kuudeksi kuukaudeksi kerrallaan ilman maakunnan tekemää palvelutarpeen arviointia tai ohjausta. Lisäksi asiakkaalla olisi oikeus valita maakunnan liikelaitos ja sen palveluyksikkö. Maakunnan liikelaitoksen tekemän palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakkaalle voitaisiin myöntää tietyissä palveluissa asiakasseteli tai henkilökohtainen budjetti, joiden perusteella asiakas voisi valita palvelun tuottajan. Asiakkaan valintaoikeus olisi valtakunnallinen.

Maakunta hyväksyisi alueellaan toimivat yksityiset sosiaali- ja terveyskeskukset, yksityiset suun hoidon yksiköt ja asiakassetelipalveluntuottajat. Valinnanvapausjärjestelmään kuuluvien palveluntuottajien tulisi olla sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta annetun lain mukaisessa rekisterissä ja olla liittyneinä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa tarkoitettuihin valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin. Lisäksi laissa säädettäisiin yleisesti valinnanvapausjärjestelmään kuuluvia palvelun tuottajia koskevista velvollisuuksista sekä vastuista. Suoran valinnan palvelun tuottajien osalta laissa säädettäisiin erityisedellytyksistä. Lisäksi maakunta voisi asettaa suoran valinnan palvelun tuottajille sekä asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla annettavan palvelun tuottajille ehtoja, joilla turvataan riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistetään väestön terveyttä ja hyvinvointia maakunnassa.

Maakunta tekisi sopimukset suoran valinnan palvelun tuottajien kanssa ja päättäisi palvelun tuottajille maksettavista korvauksista laissa säädettyjen rahoitusperiaatteiden perusteella. Lisäksi maakunta pitäisi julkista luettelo tuottajista ja valvoisi tuottajia. Maakunta olisi myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitäjä. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen kautta asiakasta koskevat asiakas- ja potilastiedot olisivat tuottajan saatavilla palvelun toteuttamisen edellyttämässä laajuudessa. Maakunta myös vastaisi siitä, että asukkailla on saatavissa riittävä tieto valintojen tekemiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Lisäksi maakunta, maakunnan liikelaitos ja suoran valinnan palvelun palvelujen tuottajat vastaisivat osaltaan asiakkaan palvelujen yhteensovittamisesta.

Asiakkaan valinnanvapauden toteuttamiseksi olisi valtakunnalliset valinnanvapauden tiedonhallintapalvelut, joita kaikkien laissa tarkoitettujen palvelun tuottajien olisi käytettävä. Tiedonhallintapalveluissa olisi tiedot palvelun tuottajista ja niiden avulla asiakas voisi valita palvelun tuottajan. Lisäksi palvelun tuottajat voisivat tehdä tiedonhallintapalveluissa ehdotetun lain mukaiset ilmoitukset sekä antaa säädetyt tiedot asiakkaiden saamista palveluista ja toiminnastaan.

Lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1. tammikuuta 2020. Valinnanvapausjärjestelmä tulisi kuitenkin voimaan vaiheittain. Henkilökohtainen budjetti otettaisiin käyttöön 1. tammikuuta 2020 ja asiakasseteli viimeistään 1. heinäkuuta 2020. Sosiaali- ja terveyskeskukset aloittaisivat toimintansa 1. tammikuuta 2021 ja suun hoidon yksiköt 1. tammikuuta 2022.

## Sisällys

<b>YLEISPERUSTELUT</b> .....	4
<b>Johdanto</b> .....	4
<b>Yleistä</b> .....	4
<b>Tiivistelmä valinnanvapausuudistuksen vaikutuksista</b> .....	5
<b>Nykytila</b> .....	9
<b>Lainsäädäntö ja käytäntö</b> .....	9
2.1.1 Perusoikeudet .....	9
2.1.2 Julkisen hallintotehtävän antaminen muulle kuin viranomaiselle .....	10
2.1.3 Julkisen vallan käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	11
2.1.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen .....	12
2.1.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytykset .....	15
2.1.6 Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä .....	16
2.1.7 Palvelujen integraatio .....	20
2.1.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat .....	21
2.1.9 Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet .....	23
2.1.10 Kielelliset oikeudet perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumisessa .....	24
2.1.11 Palveluihin pääsy .....	25
2.1.12 Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	27
2.1.13 Palveluseteli sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	29
2.1.14 Henkilökohtainen budjetointi .....	30
2.1.15 Yksityiset sosiaali- ja terveystalot .....	31
2.1.16 Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät ja asiakastietojen käsittely .....	32
2.1.17 Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat säännökset .....	33
2.1.18 Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta .....	34
2.1.19 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus .....	35
2.1.20 Tuotteistus ja laskutusmenettelyt .....	37
2.1.21 Maakuntien verotuksellinen asema tuloverotuksessa .....	38
<b>Kansainvälinen kehitys sekä ulkomaiden lainsäädäntö: sosiaali- ja terveydenhuollon     valinnanvapaus Pohjoismaissa ja eräissä muissa Euroopan maissa</b> .....	38
2.2.1 Ruotsi .....	38
2.2.2 Norja .....	39
2.2.3 Tanska .....	40
2.2.4 Englanti .....	40
2.2.5 Alankomaat .....	41
2.2.6 Saksa .....	42

2.2.7 Yhteenvetoa eri maiden valinnanvapausjärjestelmistä .....	43
<b>Nykytilan arviointi</b> .....	43
2.3.1 Palvelujen laatu ja saatavuus.....	43
2.3.2 Valinnanvapauden toteutuminen.....	45
2.3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus .....	46
2.3.4 Euroopan unionin valtioneuvoston päätös .....	49
2.3.5 Valtion lupa- ja valvontavirasto .....	59
2.3.6 Maakuntien verotuksellinen asema valinnanvapausmallissa .....	59
<b>Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset</b> .....	60
<b>Esityksen tavoitteet</b> .....	60
<b>Toteuttamisvaihtoehdot</b> .....	60
<b>Keskeiset ehdotukset</b> .....	63
3.3.1 Asiakkaan valinnanvapaus .....	64
3.3.2 Suoran valinnan palvelut.....	64
3.3.3 Maakunnan liikelaitoksen valinta .....	65
3.3.4 Asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevissa palveluissa .....	65
3.3.5 Asiakkaan neuvonta, ohjaus ja palvelutarpeen arviointi sekä palvelujen yhteensovittaminen .....	66
3.3.6 Palveluntuottajien hyväksymis- ja sopimusmenettelyt .....	67
3.3.7 Palveluntuottajille maksettavat korvaukset.....	68
3.3.8 Muut keskeiset ehdotukset .....	69
3.3.9 Valinnanvapausmallin EU-valtioneuvoston päätös.....	69
3.3.10 Valinnanvapausmallin käyttöönotto .....	73
3.3.11 Suoran valinnan palvelujen ja henkilökohtaisen budjetoinnin pilotoinnit.....	73
3.3.12 Maakunnan verovelvollisuus suoran valinnan palveluiden tuottamasta tulosta .....	74
<b>Riippuvuus muista esityksistä</b> .....	74

## **YLEISPERUSTELUT**

### **Johdanto**

#### **Yleistä**

Hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen sisältyy valinnanvapauden laajentaminen ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistaminen. Hallitus on linjannut valinnanvapautta koskevia yleisiä periaatteita 7. marraskuuta 2015 ja tarkentanut näitä linjauksia 5. huhtikuuta ja 29. kesäkuuta 2016. Hallituksen linjausten mukaan asiakkaan valinnanvapaus olisi jatkossa pääsääntö perustasolla ja soveltuvin osin käytössä erikoistason sosiaali- ja terveystaluuissa. Asiakas voisi valita julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Valinnanvapauden tarkoituksena on vahvistaa erityisesti perustason palveluja ja turvata ihmisten nykyistä nopeampi hoitoon pääsy ja palvelujen saanti.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvityshenkilöryhmän tekemään oman ehdotuksensa siitä, millaisia valinnanvapausmallin ja monikanavarahoituksen toteutukset voisivat olla. Ryhmän puheenjohtajana toimi professori Mats Brommels. Selvitysryhmä luovutti väliraporttinsa perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehulalle 15. maaliskuuta 2016, ja loppuraportti julkaistiin 31. toukokuuta 2016 (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37).

Loppuraportissaan selvityshenkilöt esittävät, että sosiaali- ja terveydenhuollossa valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen rahoitus tapahtuisi jatkossa kahdessa vaiheessa: valtio rahoittaa järjestämisvastuussa olevia maakuntia ja maakunnat maksavat korvauksia järjestelmän piiriin hyväksytyille palveluntuottajille.

Selvityshenkilöiden ehdotuksen mukaan asiakkaan vähintään puoleksi vuodeksi kerrallaan valitsema asuinpaikka olisi järjestelmään erikseen hyväksytty väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus, jonka tulisi tarjota seuraavat palvelut: sosiaalihuoltolain mukainen sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhe-työ, kasvatus- ja perheneuvonta, päihdetyö, mielenterveystyö, yleislääkärin vastaanotto (mukaan lukien diagnostiset tutkimukset), terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto, lasten- ja äitiysneuvola, sekä muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy. Muut peruspalvelut olisivat valinnanvapauden piirissä, mutta edellyttäisivät sosiaali- ja terveyskeskuksen erillisen eteenpäin ohjauksen.

Ehdotuksen mukaan maakunta päättäisi valtion vahvistamien periaatteiden mukaisesti, mitkä määritellyt osat erikoissairaanhoitosta ja sosiaalihuollon erityispalveluista ovat asiakkaan valintojen piirissä. Asiakas valitsisi palvelujen tuottajan saatuaan sosiaali- ja terveyskeskuksesta lähetteen tai palveluohjauksen taikka viranomaisen etuuspäätöksen.

Valtio päättäisi selvityshenkilöiden ehdotuksen mukaan asiakasmaksuista, jotka olisivat samoista palveluista yhteneväiset. Maakunta tekisi sopimuksen tuottajan kanssa ja päättäisi tuottajalle maksettavan korvauksen määrästä valtion vahvistamien periaatteiden perusteella. Sosiaali- ja terveyskeskus voisi olla julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin toimijan ylläpitämä. Maakunta maksaisi voittopuolisesti kapitaatioperusteisen korvauksen listautuneiden asiakkaiden peruspalvelujen järjestämisestä.

Monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseksi sairaanhoitovakuutusta vastaava osuus kerättäisiin ehdotuksen mukaan osana valtionverotusta ja tämä osuus yhdistettäisiin maakunnille maksettavaan rahoitusosuuteen. Yksityisen terveydenhuollon käytöstä aiheutuneista kustannuksista ei enää maksettaisi korvausta sairaanhoitovakuutuksesta. Työterveyshuoltoa, lääkehuoltoa, matkakustannuksia, kuntoutusta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa on tarkasteltu selvityshenkilöiden raportissa erikseen.

Hallitus sopi 29. kesäkuuta 2016 reformiministerityöryhmässä käytyjen neuvotteluiden jälkeen valinnanvapauslainsäädännön jatkovalmistelusta. Hallituksen linjausten mukaan suomalaisen valinnanvapausmallin lähtökohdaksi halutaan ihmisten erilaiset palvelutarpeet. Linjauksissa todetaan, että valinnanvapausmalliin harkitaan otettavaksi neljä erilaista valinnanvapauden keinoa: laajasti perustason palveluja tarjoava sosiaali- ja terveyskeskus, suppeamman palveluvalikoiman omatiimi tai sote-asema, palveluseteli ja henkilökohtainen budjetointi.

Hallitus antoi osana maakunta- ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta eduskunnalle 9.5.2017 hallituksen esityksen laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta (HE 47/2017 vp.). Eduskunnan perustuslakivaliokunta totesi lausunnossaan (PeVL 26/2017 vp.), että ehdotus valinnanvapauslaiksi voidaan hyväksyä tavallisen lain säätämisjärjestyksessä vain, jos valiokunnan sosiaali- ja terveystaluuista koskevasta yhtiöittämisvelvollisuuden poistamisesta, maakuntien oikeudesta itse tuottaa sosiaali- ja terveystaluuja, julkisen hallintotehtävän

antamisesta yksityiselle, voimaantulo- ja siirtymäsäännöksistä sekä maakuntien tehtävien lakisääteisydestä tekemät valtiosääntöoikeudelliset huomautukset otetaan asianmukaisesti huomioon.

Hallitus päätti 5. heinäkuuta 2017, että perustuslakivaliokunnan lausunnon edellyttämien muutosten toteuttamiseksi valmistellaan uusi hallituksen esitys, joka annetaan eduskunnalle alkuvuodesta 2018. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 14. heinäkuuta 2017 virkamiesryhmän ajalle 17.7.2017–31.3.2018 valmistelemaan uuden hallituksen esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapautta koskevaksi lainsäädännöksi, jolla korvataan eduskunnalle annettu hallituksen esitys 47/2017. Virkamiesvalmistelun lähtökohtana on ollut hallituksen esitys 47/2017, jonka mukaiseen valinnanvapausmalliin on tehty perustuslakivaliokunnan lausunnon PeVL 26/2017 edellyttämät muutokset. Lisäksi uuden esityksen valmistelussa on otettu tarvittavilta osin huomioon eduskunnalle annetun esityksen valiokuntakäsittelyissä mahdollisesti esille nousseet välttämättömät muutostarpeet.

### **Tiivistelmä valinnanvapausuudistuksen vaikutuksista**

Esitetty valinnanvapauslakiehdotus on osa laajempaa maakunta- sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta. Valinnanvapauslakiehdotuksen tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja, parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua sekä vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan ja jatkuvaan kehittämiseen.

Suomalaisen valinnanvapausmallin kautta pyritään siirtymään uudenlaiseen, yhtenäisempään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään. Uudessa järjestelmässä korostuu maakuntien asukkaiden yhdenvertainen oikeus tehdä erilaisia valintoja laadukkaiden ja oikea-aikaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen varmistamiseksi erilaisissa elämäntilanteissa. Lisäksi uudessa järjestelmässä asiakkaan palvelut pyritään tuottamaan kustannusvaikuttavasti, hyödyntäen tarkoituksenmukaisesti monituottajamallia sekä eri asiantuntijoiden ja organisaatioiden osaamista, minkä myötä myös palvelujen integraatio toteutuu uudella tavalla. Pyrkimyksenä on luoda dynaaminen toimintaympäristö, joka kannustaa eri toimijoita innovatiivisuuteen ja palvelujen jatkuvaan kehittämiseen maakunnan asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseksi. Asiakkaan valinnanvapauden laajentaminen, tuottajaverkon moninaisuus ja kilpailullisten elementtien hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa, ovat keskeisiä keinoja valinnanvapausuudistuksen päätavoitteiden toteuttamiseksi.

Esitetty lakiehdotus luo edellytykset saavuttaa valinnanvapausuudistukselle asetetut tavoitteet. Uudistuksen vaikutusten kannalta on kuitenkin keskeistä, miten erilaiset maakunnat itsehallinnollisessa päätöksenteossaan toteuttavat valinnanvapauden alueensa erityispiirteet huomioivalla tavalla. Yhteinen lainsäädäntö varmistaa maakunnille paljon erilaisia tuottajaverkon rakentamiseen ja valinnanvapauden toteutumiseen tähtäviä välineitä. Lisäksi maakunnille tarjotaan valinnanvapauslain toimeenpanoon muutostukea.

Palveluja käyttävien asiakkaiden lisäksi uudistuksen välittömät vaikutukset kohdistuvat sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoon ja yrityksiin sekä valtion ja maakuntien talouteen. Myös järjestämistehtävä ja siihen kytkeytyvät muut tehtävät kuten tuottajaverkon ohjaus, aiheuttavat organisatorisia ja hallinnollisia vaikutuksia paitsi maakunnille ja niiden liikelaitoksille, myös muille viranomaisille. Koska täysin suomalaista uudistusta vastaavaa valinnanvapausjärjestelmää ei ole sellaisenaan toteutettu missään muussa maassa, arvioinnissa on hyödynnetty aihetta käsittelevää tutkimuskirjallisuutta sekä tutkittua tietoa yksittäisten valinnanvapausinstrumenttien toimivuudesta käytännössä, myös jo käynnissä olevien suomalaisten kokeilujen kautta.

Yksilön oikeus vaikuttaa omiin palveluihin, koskee tietyin rajoituksin kaikkia ihmisiä. Siksi niin alueellisella, kuin yksilötasolla, asiakkaiden yhdenvertaisuus paranee suhteessa nykytilaan ja kasvattaa eri väestöryhmien mahdollisuuksia vaikuttaa itselle tärkeisiin palveluihin. Koska maakunnan liikelaitos voi aina viime kädessä tuottaa väestön tarvitsemat lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut, esitys turvaa palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden kaikissa tilanteissa. Asiakkaan valinnanvapauden turvaamiseksi on tärkeää, että laissa säädetyt neuvonta- ja ohjauspalvelut toteutuvat uudistuksen alkuvaiheesta alkaen ja asiakkailla on vertailun mahdollistavaa tietoa päätöksenteon tueksi. Koska tarvittavien tietojärjestelmien kehitystyö on vielä kesken, kattavan vertailutiedon saaminen palveluista ja niiden laadusta voi olla aluksi haastavaa. Uudistuksen vaiheistus helpottaa maakuntia valmistautumaan muutokseen myös tietojärjestelmien näkökulmasta.

Valinnanvapauden ansiosta palveluihin pääsy perustasolla ja osittain myös erikoistasolla nopeutuu palvelutarjonnan lisääntyessä. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen asiakassuunnitelma sekä palveluntuottajien sopimus- ja korvausmallit antavat maakunnille uudenlaisia välineitä parantaa palveluja myös heikommassa asemassa oleville ihmisille, luoden edellytykset hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiselle. Valinnanvapausjärjestelmässä palveluntuottajien kannusteet kohdistuvat laadun parantamiseen ja kustannusvaikutavuuden kasvattamiseen, joka todennäköisesti lisää uusien palveluinnovaatioiden määrää. Näistä pystyvät hyötymään myös ne asiakkaat, jotka eivät halua tai pysty itse käyttämään oikeuttaan valita.

**Lakiesityksen mukaan asiakkaan valinnanvapaus laajenee vaiheittain vuodesta 2020. Lakiesitys laajentaa asukkaiden valinnanvapautta sekä lisää eri väestöryhmien välistä yhdenvertaisuutta ja maakunnan asukkaiden mahdollisuuksia vaikuttaa itselle tärkeisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin.**

Lakiesityksen myötä asiakkaiden valinnanvapaus lisääntyy, kun koko maan kattava vapaus valita palvelujen tuottaja ja mahdollisuuksien mukaan ammattihenkilö laajenee nykyisestä. Suhteessa nykyjärjestelmään, valinnanvapaus laajenee erityisesti sosiaalihuollon asiakkaille. Sosiaali- ja terveyskeskuksien ja suunhoidon yksiköiden lisäksi valinnanvapautta lisää maakunnan liikelaitoksen asiakaseteleillä hankittujen palvelujen valintamahdollisuus sekä henkilökohtainen budjetointi. Myös maakunnan liikelaitoksen voi jatkossa vapaasti valita. Uudistuksen myötä palvelujärjestelmän luonne ja asiakkaiden asema muuttuvat. Asiakkaiden valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus palvelun käyttäjinä vahvistuvat ja samalla he voivat lisätä vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista ja vaikuttaa itselle tärkeisiin palveluihin. Yksilön oikeus vaikuttaa omiin palveluihin, koskee, koskee tietyin rajoituksin kaikkia ihmisiä. Siksi niin alueellisesti, kuin yksilötasolla, palveluja käyttävien asiakkaiden yhdenvertaisuus paranee suhteessa nykytilaan ja kasvattaa eri väestöryhmien mahdollisuuksia vaikuttaa itselle tärkeisiin palveluihin.

**Lakiesityksen mukaan maakunnan liikelaitos voi tuottaa asiakkaan lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut kaikissa tilanteissa. Tämä turvaa palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden, riittävän saavutettavuuden ja kielellisten oikeuksien toteutumisen koko maassa.**

Maakuntien edellytykset valinnanvapausjärjestelmän edellyttämälle monipuolisen tuottajaverkon muotoutumiselle vaihtelevat, heijastaen alueen väestömäärää, ikärakennetta, asutustiheyttä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön saatavuutta. Parhaimmat edellytykset tuottajaverkon monipuoliselle rakentumiselle on suurissa kaupungeissa. Valinnanvapauslakiehdotus antaa maakunnille erilaisia mahdollisuuksia vaikuttaa alueen tuottajaverkon muodostumiseen ja sitä kautta valinnanvapauden toteutumiseen alueen erityispiirteet huomioivalla tavalla. Koska maakunnan liikelaitos voi aina viime kädessä tuottaa väestön tarvitsemat lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut, esitys turvaa palvelujen saatavuuden, riittävän saavutettavuuden sekä kielellisten oikeuksien toteutumisen kaikissa tilanteissa. Maakunnan liikelaitoksen rooli korostuu erityisesti niissä tilanteissa, joissa esimerkiksi harvan asutuksen takia edellytykset kilpailullisten elementtien hyödyntämiseen ovat luonnostaan heikommalla.

**Lakiesityksellä on edellytykset vahvistaa palveluintegraatiota tarjoamalla uudennaisia välineitä palveluintegraation toteuttamiseen sekä määrittämällä eri toimijoiden velvollisuudet integraation toteuttamisen varmistamiseksi.**

Järjestämislain ja valinnanvapauslain säännökset muodostavat kokonaisuuden, jolla luodaan edellytykset varmistaa asiakkaan palvelujen entistä vahvempi integraatio. Suomalaisessa valinnanvapausmallissa korostuu monituottajuus. Siksi myös asiakkaan palveluintegraatio toteutuu uudella tavalla. Lakiesityksen mukaan palveluntuottajilla on suora kannuste tukea asiakaslähtöisyyttä asiakkaan erilaisissa elämäntilanteissa. Tämän lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma ovat keskeisiä työvälineitä asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen huomioimisessa ja palveluintegraation varmistamisessa käytännössä, selkeiden lakisääteisten toteuttamisvastuiden kautta. Esitys luo puitteet vahvistaa asiakkaan ja ammattilaisen yhteistä päätöksentekoa ja hoitosuhteen jatkuvuutta sekä lisää keinoja luoda tarkoituksenmukaisia palvelukokonaisuuksia paljon palveluita käyttäville esimerkiksi henkilökohtaisen budjetoinnin kautta.

**Vertailutiedon saatavuus ja laissa säädettyjen neuvonta- ja ohjauspalvelujen toteutumisen varmistaminen on tärkeää uudistuksen alkuvaiheesta lähtien lakiesityksen mukaisen valinnanvapauden toteuttamiseksi.**

Voidakseen tehdä valintoja, jotka myös todellisuudessa muokkaavat palvelujärjestelmää kohti toivottuja tuloksia, asiakas tarvitsee monipuolista ja helposti ymmärrettävää vertailutietoa päätöksenteon tueksi. Koska tarvittavien tietojärjestelmien kehitystyö on vielä kesken, riittävän tiedon saaminen palveluista ja niiden laadusta voi aluksi olla haastavaa. Uudistuksen vaiheistettu voimaantulo helpottaa kuitenkin maakuntia valmistautumaan muutokseen ja uuteen järjestämistehtävään myös tarvittavan vertailutiedon näkökulmasta. Erityisesti heikommassa asemassa olevien ihmisten osalta on otettava huomioon, että kaikki eivät kykene tai halua käyttää valinnanvapauttaan. Lainsäädännön mukaan valitseminen on aina asiakkaalle vapaaehtoista. On kuitenkin tärkeää varmistaa, että asiakas saa kaikissa valintatilanteissa tarvittaessa tukea ammattihenkilökunnalta. Tuen merkitys korostuu erityisesti heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden näkökulmasta. Siksi on tärkeää, että laissa säädetty neuvonta- ja ohjauspalvelut toteutuvat uudistuksen alkuvaiheesta alkaen.

**Lakiesityksen myötä palveluihin pääsy nopeutuu, ihmisten tarvitsemien palvelujen tarjonnan lisääntyessä. Lakiesityksellä on myös edellytykset lisätä palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.**

Lakiehdotuksella pyritään parantamaan erityisesti perustason palvelujen saatavuutta ja palvelujen laatua. Lakiehdotus parantaa palvelujen saatavuutta lisäämällä palvelujen tarpeeseen vastaavaa perustason ja erikoistason palvelutarjontaa suoran valinnan palveluiden, asiakassetelillä korvattavien palveluiden ja henkilökohtaisen budjetin avulla. Näiden kautta myös erityisryhmien yksilölliset palvelutarpeet voidaan huomioida entistä paremmin. Sosiaalihuollon palvelutuotannon ohjaus- ja neuvontatehtävän sisältyminen sosiaali- ja terveyskeskusten palveluihin sekä liikkuvat sosiaalihuollon tiimit voivat lisäksi vahvistaa näiden palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Lakiehdotuksella on myös edellytykset parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Valinnanvapausjärjestelmässä maakunta voi asettaa palveluntuottajille erilaisia palvelutuotantoa koskevia ehtoja tai huomioida palvelun laadulliset ja vaikuttavuuteen liittyvät tekijät korvausperusteissa, esimerkiksi maksamalla kannusteperusteisia korvauksia hyvän suorituskyvyn omaavalle tuottajalle. Asetettujen tavoitteiden toteutumista tukee myös valinnanvapausjärjestelmän kautta lisääntyvä palveluntuottajien vertailun mahdollistava tieto, joka edesauttaa havaitsemaan ongelmakohtia ja kannustaa niiden korjaamiseen.

**Lakiesitys antaa maakunnille monia erilaisia välineitä ohjata palvelutuotannon alueellista kehittämistä uudenaikaisessa toimintaympäristössä, alueelliset erityispiirteet huomioivalla tavalla.**

Maakuntien uudenaikainen järjestämistehtävä ja siihen kytkeytyvät tehtävät, aiheuttavat organisatorisia ja hallinnollisia vaikutuksia paitsi maakunnille ja niiden liikelaitoksille, myös muille viranomaisille. Uudistuksessa julkinen järjestelmä joutuu sopeutumaan nopeasti uudenaikaiseen toimintaympäristöön, jossa korostuvat monituottajajärjestelmän ohjaus sekä väestön tarpeiden ja asiakkaiden elämäntilanteiden huomioiminen perinteisen organisaatiolähtöisyyden sijaan. Maakuntien järjestämistehtävä tulee olemaan haasteellinen ja edellyttää uudentyypistä toimintatapaa sekä siihen kytkeytyvää osaamista ja työvälineitä. Esitys tarjoaa erilaisia välineitä uuden järjestämistehtävän toteuttamiseen, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen asiakassuunnitelma, palveluntuottajille asetetut ehdot, hyväksymismenettelyt sekä sopimus- ja korvausmallit.

**Lakiesitys lisää erilaisia yritystoiminnan mahdollisuuksia erikokoisille yrityksille ja yhteisöille, kun asiakkaan valinnanvapaus toteutuu monin eri tavoin.**

Esityksen myötä yksityisille ja kolmannen sektorin toimijoille tarjoutuu mahdollisuus tuottaa entistä suurempi osa julkisesti järjestetyistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Valinnanvapausjärjestelmä luo yksityisille ja kolmannen sektorin toimijoille yhtäläisen mahdollisuuden liittyä maakunnan tuottajaverkkoon valinnanvapauden alaisissa palveluissa. Päätöksen lopullisesta palveluntuottajasta tekee asiakas. Lisäksi uudenaikaisia mahdollisuuksia avautuu yksittäisten palveluntuottajien verkoston sisällä, palvelujen alihankinnan kautta. Palveluvalikoiman laajuuden ja tuottajille asetettujen ehtojen lisäksi palveluntuottajille maksetuilla korvauksilla on keskeinen merkitys palvelurakenteen muodostumisessa maakunnan sisällä. Valinnanvapausmalli voi sen toteuttamistavasta riippuen joko lisätä alueellista palvelutarjontaa ja siten työllisyyttä myös syrjäseuduilla tai joissakin tapauksissa vauhdittaa keskittymiskehitystä. Jos palveluntuottajaksi pääsyn kriteerit ovat sellaiset, että pienten tuottajienkin on mahdollista täyttää ne mm. palveluvalikoiman sopivan laajuuden vuoksi, myös syrjäseuduille voi syntyä uutta palvelutuotantoa.

**Lakiesitys tukee palveluinnovaatioiden syntymistä ja jatkuvaa kehittämistä, josta hyötyvät kaikki asiakkaat.**

Tutkimus- ja kehittämistoiminnan näkökulmasta lakiehdotus avaa paljon uusia mahdollisuuksia ja uudistuksen kautta syntyy erilaisia mekanismeja, jotka tukevat uusien innovaatioiden syntyä. Maakunnan asukkaiden aktiivinen liikkuvuus luo perustan kilpailulle ja sen myötä palvelujen kehittymiselle. Valinnanvapausjärjestelmässä palveluntuottajien kannusteet on linjattu laadun parantamiseen ja kustannusvaikuttavuuden kasvattamiseen. Tämä todennäköisesti lisää uusien palveluinnovaatioiden määrää. Näistä voivat hyötyä myös ne asiakkaat, jotka eivät syystä tai toisesta itse halua tai pysty käyttämään oikeuttaan valita. Sama koskee myös alueita, joille uudistuksen kautta ei suoraa synny merkittäviä määriä uusia palveluja. Myös harvaan asuttujen alueiden asukkaat todennäköisesti tulevat hyötymään uudistuksen kautta syntyneistä palveluinnovaatioista, palvelujen kehittymisestä sekä monipuolistumisesta. Myös tästä näkökulmasta vertailutiedon saatavuus sekä maakunnan kyky käyttää laissa säädettyjä ohjauskeinoja korostuvat.

**Lakiesityksellä on vaikutuksia myös henkilöstöön. Vaikka se luo sosiaali- ja terveysalan työmarkkinoille epävarmuutta, se myös vahvistaa kilpailua osaavasta työvoimasta.**

Maakuntauudistus ja valinnanvapausjärjestelmä aiheuttavat muutoksen julkisen sektorin työmarkkinoihin, neuvottelu- ja sopimusjärjestelmään sekä konsernirakenteeseen ja useiden itsenäisten työnantajien toiminta-

taan. Ehdotetun valinnanvapauslain näkökulmasta keskeisimmät henkilöstöön liittyvät vaikutukset muodostuvat tuottajaverkon monipuolistumisen kautta. Vaikka maakunnilla on aina myös omaa julkista tuotantoa, henkilöstön osalta tulee tapahtumaan siirtymistä sosiaali- ja terveysalan sisällä, eri organisaatioiden välillä. Mikäli maakunta päättää yhtiöittää osan omasta toiminnastaan, henkilöstön siirtyminen työnantajalta toiselle voi toteutua myös tätä kautta. Uudistuksen seurauksena henkilöstön työnantaja saattaa muuttua, työtehtävät voivat vaihtua tai työpaikan sijainti muuttua. Nämä luovat sosiaali- ja terveysalan työmarkkinoille uudenlaisia epävarmuutta, mutta myös kilpailua osaavasta työvoimasta ja työntekijöille uusia mahdollisuuksia laajentaa osaamistaan. Muutoksista huolimatta sosiaali- ja terveysalan hyvä työtilanne jatkuu todennäköisesti myös tulevaisuudessa.

**Lakiesityksen voimaantuloa koskeva vaiheistus tuo joustoa maakuntien valmistautumiseen ja antaa aikaa julkisen sektorin omalle tuotannolle sopeutua uuteen toimintaympäristöön. Valinnanvapauslain tehostettu muutostuki auttaa maakuntia valmistautumaan uudelleenlaiseen järjestämistehtävään.**

Valinnanvapauslain yksityiskohtaiset vaikutukset riippuvat pitkälti siitä, miten erilaiset maakunnat itsehallinnollisessa päätöksenteossään järjestävät palvelut sekä toteuttavat valinnanvapauden laajenemisen alueen erityispiirteet huomioivalla tavalla. Uudistuksen vaiheistettu voimaantulo esimerkiksi asiakkaiden listautumisen osalta antaa maakunnille aikaa sopeutua uuteen järjestämistehtävään ja oman palvelutuotannon uudelleenorganisointiin. Uudenlaiset toimintamallit edellyttävät vahvaa tiedolla ohjaamisen kulttuuria ja osaamista sekä yhteisten pelisääntöjen noudattamisen valvontaa ja nopeaa puuttumista havaittuihin epäkohtiin. Tällä tulee olemaan vaikutus järjestäjän osaamistarpeisiin ja tarvittaviin resursseihin, joiden turvaaminen uudistuksen alkuvaiheessa voi olla haasteellista osalle maakunnista. Maakunnille on kuitenkin tarjolla paljon erilaista lain toimeenpanon muutostukea. Tämä pitää sisällään palveluntuottajien sopimus- ja korvausmalleihin liittyvää ohjeistusta, erilaista koulutusta ja valmennusta kuten muutosjohton akatemia, maakunnan neuvottelukäytäntöjen simulointiharjoitukset, uudistuksen vaatiman tietopohjan kansallisen valmistelutyön sekä alueelliset kehittämishankkeet kuten laajennetut palvelusetelikokeilut ja valinnanvapauden pilotoitinhankkeet.

**Lakiesitys luo edellytyksiä kustannusten kasvun hillitsemiseen pidemmällä aikavälillä, mutta vaatii investointeja valinnanvapauden rakentamiseen uudistuksen alkuvaiheessa.**

Lakiesitys on osa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kokonaisuutta, jonka yhtenä tavoitteena on hillitä kustannusten kasvua kolmella miljardilla eurolla alkuperäisen tavoitteen mukaisesti vuoden 2029 loppuun mennessä. Lakiesityksellä on sekä menokehitystä kasvattavia että sitä hillitseviä vaikutuksia. Uudistuksen alkuvaiheessa tarvitaan esimerkiksi välttämättömiä investointeja uudistuksen mahdollistaviin tietojärjestelmiin. Uudistukseen liittyy myös lyhyen aikavälin käynnistämävaiheen oppimiskustannuksia, joita on lähes mahdotonta täysin välttää. Kustannusten kasvun hillinnän ja menokehityksen hallinnan näkökulmasta keskeistä on ehdotukseen liittyvä asiakkaiden listautumismalli, joka antaa maakunnan omalle tuotannolle aikaa sopeutua uuteen toimintaympäristöön. Myös erilaiset innovaatiot voivat lisääntyä.

**Lakiesityksen mukainen valinnanvapausjärjestelmä todennäköisesti lisää palveluntuottajien välistä kilpailua. Maakunnan tulee varmistaa, että palveluntuottajille asetetut kannusteet ovat linjassa asetettujen tavoitteiden kanssa ja maakunta käyttää laissa linjattuja ohjaus- ja puuttumiskeinoja tavoitteiden toteutumisen varmistamiseksi.**

Ehdotuksessa esitetty valinnanvapausmalli lisää kilpailua sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien välillä. Kilpailuasetelma tulee vaihtelevaan eri alueiden, palvelujen ja yksittäisten tuottajien välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla toimiville palveluntuottajille liittyminen mukaan maakunnan palveluntuottajaksi on helpompaa, jos maakunnan kautta rahoitettavat palvelut täydentävät nykyistä liiketoimintaa. Uusille palveluntuottajille ja niille, jotka pyrkivät luomaan maakunnan rahoittamasta toiminnasta pääsääntöisen liiketoiminnan, on kriittisintä saavuttaa riittävä toiminnan volyyymi, jotta toiminnan kustannukset saadaan katettua. Maakunnan on asettamiensa ehtojen, sopimusohjauksen ja valvonnan keinoin pyrittävä ohjaamaan palveluntuottajia toimimaan toivomallaan tavalla ja edesauttamaan yhteisten tavoitteiden toteutumista. Maakunnan on huomioitava toimeenpanossaan tuottajien mahdolliset negatiiviset kannusteet, kuten asiakasvalikointi ja alihoido. Lakiehdotus antaa maakunnille erilaisia keinoja lisätä tuottajien kannusteita mm. laadun ja kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi ja siten ohjata toimintaa haluttuun suuntaan.

**Täysin tasapuolisia toimintaedellytyksiä on haastavaa luoda maakunnan liikelaitoksen ja yritysmuotoisten toimijoiden välille, koska toimijoihin kohdistuvat säädöspohjaiset velvoitteet ovat erilaisia.**

Valinnanvapausjärjestelmässä raha seuraa asiakkaan valintoja ja siksi valinnanvapausjärjestelmän avaaminen kannustaa kaikkia toimijoita panostamaan laadullisiin tekijöihin, mutta samalla tehostamaan toimintaansa. Kilpailusta saavutettavat tehokkuushyödyt voivat ilmetä käytännössä matalampien kustannusten lisäksi pal-



velujen parantuneena saatavuutena. Tehokkuushyötyjen saavuttamiseen kilpailun kautta sisältyy kuitenkin epävarmuustekijöitä. Vaikka esityksessä on pitkälti pyritty turvaamaan erilaisten toimijoiden tasapuoliset toimintamahdollisuudet suhteessa toisiinsa, tällaisia olosuhteita on käytännössä hyvin haastavaa saavuttaa esimerkiksi toimijoita koskevien erilaisten lakisääteisten velvoitteiden takia. Julkisrahoitteisessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä lakisääteisten palvelujen yhdenvertainen saatavuus on ihmisten perustuslaillinen oikeus, mikä vaikuttaa erityisesti maakunnan liikelaitoksen oman palvelutuotannon joustavuuteen. Maakunnan liikelaitoksen on turvattava toimintaan huoltovarmuus kaikissa tilanteissa.

**Lakiesityksen mukaisen ohjauksen edellyttämän tietopohjan luominen ja tietojärjestelmien laajat kehittämistarpeet vaativat kansallista kehittämistyön koordinaatiota sekä yhteentoimivuuden varmistamista.**

Toimiakseen tehokkaasti valinnanvapausjärjestelmä edellyttää operatiivista toimintaa ja ohjausta tukevia tietojärjestelmiä sekä tarvittavan tietopohjan olemassaoloa. Näiden olemassaolo heti uudistuksen käynnistymisvaiheesta lähtien on haasteellista. Kansallinen työ edellytysten kehittämiseksi on kuitenkin jo käynnistynyt ja siihen liittyvää kehittämistyötä on resursoitu merkittävällä tasolla. Kansalliset tietojärjestelmäpalvelut sekä ohjauksen tueksi tehty kansallinen määrittelytyö keventävät maakuntien tarvetta toteuttaa päällekkäisiä ratkaisuja ja täten vähentävät osin toimituskustannuksia. Hallituksen esityksen aikataulutuksen kannalta on keskeistä, että asiakas- ja potilastietojen siirtoon liittyvä infrastruktuuri on kattava ja se saadaan käyttöön ennen uudistuksen toimeenpanoa. Maakuntatasolla tämä edellyttää saumatonta viranomaisyhteistyötä jo valmistautumisvaiheessa. Onnistumisen edellytyksiä tukevat erilaiset valinnanvapauden kokeiluhankkeet, joissa kuntien ja maakuntien potilastietojärjestelmien ja ICT-infrastruktuurin yhteensovittamisesta saadaan käytännön kokemusta. Lisäksi vaiheistettu voimaantulo lisää joustavuutta uudistukseen valmistautumisessa.

## **Nykytila**

### **Lainsäädäntö ja käytäntö**

#### **2.1.1 Perusoikeudet**

Suomen perustuslaki tuli voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2000. Perusoikeussäännökset on uudistettu kokonaisuudessaan 1 päivänä elokuuta 1995 voimaan tulleella perusoikeusuudistuksella (laki 969/1995). Perusoikeusuudistukseen johtaneen perusoikeussäännösten muuttamista koskevan hallituksen esityksen mukaan uudistuksella pyrittiin lähentämään sisällöllisesti toisiinsa kotimaista perusoikeusjärjestelmää ja kansainvälisiä ihmisoikeusvelvoitteita.

Perustuslain 1 §:ssä todetaan, että Suomen valtiosääntö on vahvistettu perustuslaissa. Valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Säännöstä voidaan pitää lähtökohtana julkisen vallan velvollisuuksien sisällön arvioimiselle. Se vaikuttaa myös arvioitaessa perusoikeuksien rajoitusten sallittavuutta.

Perustuslain 2 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin. Kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia.

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa muihin nähden eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Yhdenvertaisuusperiaatteeseen sisältyy mielivallan kieltö ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Yhdenvertaisuusperiaate ulottuu myös alaikäisiin, sillä perustuslain 6 §:n 3 momentti velvoittaa kohtelemaan lapsia tasa-arvoisesti yksilöinä. Toisaalta lapset tarvitsevat vajaavaltaisina ja aikuisia heikompana ryhmänä erityistä suojelua ja huolenpitoa.

Perustuslain 19 §:ssä säädetään oikeudesta sosiaaliturvaan ja välttämättömään huolenpitoon. Pykälän 1 momentti on muista perusoikeuksista poiketen kirjoitettu subjektiivisen oikeuden muotoon. Subjektiivisella oikeudella tarkoitetaan yleensä etuutta, jonka jokainen säädetyt edellytykset täyttävä on oikeutettu saamaan. Viranomaisen ei siten voi itsenäisesti päättää velvoitteen toteuttamisesta, sisällöstä tai alasta. Subjektiivinen oikeus on periaatteessa suojattu taloudellisista suhdanteista johtuvilta tulkintojen heilahduksilta. Säännöksen mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on viimesijainen vähimmäisuoja, joka yhteiskunnan on kaikissa olosuhteissa taattava. Säännös edellyttää myös ihmisarvoisen elämän edellytykset turvaavien palvelujen järjestämistä. Kyse on julkiseen valtaan kohdistuvasta, yksilöä koskevasta vastuusta.

Perustuslain 19 §:n 3 momentti velvoittaa julkista valtaa turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistämään väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa lähtökohtana pidetään sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.

Perustuslain 21 § sisältää oikeudenmukaista oikeudenkäyntiä ja hyvän hallinnon takeita koskevat perussäännökset. Pykälän 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus saada asiansa käsitellyksi asianmukaisesti ja ilman aiheetonta viivytystä lain mukaan toimivaltaisessa tuomioistuimessa tai muussa viranomaisessa. Jokaisella on myös oikeus saada oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan koskeva päätös tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi. Pykälän 2 momentin mukaan käsittelyn julkisuus sekä oikeus tulla kuulluksi, saada perusteltu päätös ja hakea muutosta samoin kuin muut oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin ja hyvän hallinnon takeet tulee turvata lailla.

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan tehtävänä on turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Julkiselle vallalle asetettu turvaamisvelvollisuus korostaa perusoikeuksien tosiasiallisen toteutumisen merkitystä. Säännös suojaa yksilöä myös suhteessa kolmansiin.

Perustuslain 118 §:ään sisältyvät virkavastuuta koskevat säännökset. Säännökset täydentävät perustuslain 2 §:n 3 momenttia, jonka mukaan kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia. Perustuslain 118 §:n 1 momentissa säädetään virkamiehen vastuusta omien virkatoimiensa lainmukaisuudesta ja 2 momentissa esittelijän vastuusta. Perustuslakia koskevan hallituksen esityksen perustelujen mukaan säännösten tarkoittama virkamiesten ja esittelijöiden vastuu toteutuu muussa lainsäädännössä olevien säännösten kautta. Sovellettaviksi voivat tulla muun muassa rikoslain 40 luvun virkarikossäännökset. Perustuslain 118 §:n 3 momentissa säädetään rikosoikeudellisesta ja vahingonkorvausoikeudellisesta vastuusta julkista tehtävää hoidettaessa. Säännöksen mukaan jokaisella, joka on kärsinyt oikeudenloukkauksen tai vahinkoa virkamiehen tai muun julkista tehtävää hoitavan henkilön lainvastaisen toimenpiteen tai laiminlyönnin vuoksi, on oikeus vaatia tämän tuomitsemista rangaistukseen sekä vahingonkorvausta julkisyhteisöltä taikka virkamieheltä tai muulta julkista tehtävää hoitavalta sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Yksilön oikeus ei riipu siitä, onko tehtävää hoitanut virkamies tai viranomaiskoneiston ulkopuolinen. Rikosoikeudelliseen virkavastuuseen sovelletaan rikoslain 40 lukua. Vahingonkorvausvastuuseen ja sen jakaantumiseen toisaalta työnantajan ja julkisyhteisön ja toisaalta työntekijän ja virkamiehen välillä sovelletaan vahingonkorvauslakia (412/1974).

### 2.1.2 Julkisen hallintotehtävän antaminen muulle kuin viranomaiselle

Perustuslain 124 §:ssä säädetään niistä edellytyksistä, joita on noudatettava, kun julkisia hallintotehtäviä luovutetaan muille kuin viranomaisille. Säännöksen mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä vaarana perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle.

Säännöksen sanamuodolla korostetaan sitä, että julkisten hallintotehtävien hoitamisen tulee pääsääntöisesti kuulua viranomaisille ja että tällaisia tehtäviä voidaan antaa muille kuin viranomaisille vain rajoitetusti. Hallintotehtävien uskomisen viranomaiskoneiston ulkopuoliselle on toisin sanoen aina poikkeus pääsäännöstä. Perustuslakivaliokunta on eri yhteyksissä esittänyt näkemyksensä siitä, että perustuslain 124 §:n mukaisella järjestelyllä voi etenkin yksityisen oikeusasemaan olennaisesti vaikuttavissa tilanteissa olla vain viranomais-toimintaa täydentävä ja avustava luonne.

Julkisella hallintotehtävällä viitataan perustuslain 124 §:ssä verraten laajaan tehtävien kokonaisuuteen, johon kuuluu esimerkiksi lakien toimeenpanoon sekä yksityisten henkilöiden oikeuksia, velvollisuuksia ja etuja koskevaan päätöksentekoon liittyviä tehtäviä (HE 1/1998 vp). Lakisäätteistä julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvelvollisuutta on pidettävä perustuslain 124 §:ssä tarkoitettuna julkisena hallintotehtävänä. Hyvinvointipalvelujen valtiosääntöinen perusta nojaa perustuslain 19 §:n 3 momenttiin, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Säännös ei edellytä, että julkisyhteisöt huolehtisivat kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta. Julkisen vallan on kuitenkin turvattava sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävä saatavuus.

Sosiaalipalveluja tarjoavat viranomaisten ohella laajasti myös yksityiset palveluntuottajat. Sosiaalipalvelujen tuottamista on pidettävä julkisen hallintotehtävän hoitamisenä silloin, kun palvelu perustuu julkiselle vallalle asetettuun lakisäätteiseen toimeksiantoon. Tällaiseen toimintaan sisältyy usein myös toimivaltuuksia käyttäviä julkista valtaa.

Etenkin terveydenhuollon alalla on keskenään kilpailevia julkisia ja yksityisiä palveluntuottajia. Yksityinen lääkäritoimi ei muodosta perustuslain 124 §:ssä tarkoitettua julkista hallintotehtävää, ellei palvelun tarjoaminen perustu ostopalvelusopimuksen perusteella suoritettavaan julkisyhteisön lakisääteiseen järjestämisvelvollisuuteen.

Hallituksen esitystä uudeksi Suomen Hallitusmuodoksi käsitellessään perustuslakivaliokunta piti tärkeänä sitä, että kun hallintotehtävä uskotaan laissa tai lain nojalla muulle kuin viranomaiselle, tulee säännösperusteisesti taata oikeusturvan ja hyvän hallinnon vaatimusten noudattaminen tässä toiminnassa. Lisäksi valiokunta korosti, että siltä osin kuin tällainen hallintotehtävä saattaa pykälän rajoissa merkitä julkisen vallan käyttöä, on erityisesti varmistuttava siitä, että valtaa käyttävät ovat virkamiehiä rikoslain mielessä (HE 1/1998 vp — PeVM 10/1998 vp).

Hyvään hallintoon liitetty palveluperiaate edellyttää, että julkisten palveluiden tuottamista arvioidaan myös hallinnon asiakkaina olevien yksityisten henkilöiden näkökulmasta. Tämän periaatteen on katsottu saavan sisältönsä perustuslain 21 §:n 2 momentista ja se on kirjattu myös hallintolain (434/2003) 7 §:ään. Hallintolain esitöiden mukaan julkisia palveluja järjestettäessä tulee erityisesti kiinnittää huomiota palvelujen riittävyyteen ja saatavuuteen sekä hallinnossa asioivien valinnanvapauteen. Perustuslain 124 §:n esitöissä mainittu yksityisten henkilöiden ja yhteisöjen tarpeiden huomioon ottamisen on katsottava korostuvan etenkin yksilön perusoikeuksien toteutumisen kannalta merkityksellisten palvelujen kuten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kohdalla.

Erityisesti tarkoituksenmukaisuusharkinta edellyttää hallinnonalakohtaista tuntemusta. Perusteluissa on kyettävä osoittamaan, miksi julkisen hallintotehtävän antamista ulkopuoliselle on pidettävä viranomaisorganisoitua tarkoituksenmukaisempana vaihtoehtona. Vaikka perustuslain 124 §:n mukaisessa tarkoituksenmukaisuusharkinnassa on kiinnitettävä huomiota myös taloudellisiin vaikutuksiin, eivät taloudelliset vaikutukset voi olla yksinomaisia perusteita tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa.

Perustuslain 124 §:ssä tarkoitettuna merkittävänä julkisen vallan käyttönä pidetään esimerkiksi itsenäiseen harkintaan perustuvaa oikeutta käyttää voimakeinoja tai puuttua muuten merkittävällä tavalla yksilön perusoikeuksiin. Tällaisia valtuuksia ei säännöksen mukaan saisi antaa muille kuin viranomaisille (HE 1/1998 vp).

### 2.1.3 Julkisen vallan käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto käsittää pääasiassa tosiasiallista hallintotoimintaa, kuten hoitoa ja hoitoa. Tähän sisältyy myös julkisen vallan käyttöä sekä merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä toimia. Esimerkiksi päätettäessä tahdosta riippumattomasta hoidosta tai huollosta tai muista perusoikeuksia merkittävästi rajoittavista toimenpiteistä käytetään merkittävää julkista valtaa. Perusoikeuksien rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa säädetään kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977), jäljempänä kehitysvammalaki, mielenterveyslaissa (1116/1990), lastensuojelulaissa (417/2007), päihdehuoltolaissa (41/1986) ja tartuntatautilaissa (1227/2016).

Mielenterveyslain 2 luvussa säädetään henkilön tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta. Mielenterveyslain 4 a luvussa taas säädetään edellytyksistä, joiden perusteella mielenterveyslain nojalla tarkkailuun otettuun taikka hoitoon tai tutkimukseen määrättyyn henkilöön voidaan kohdistaa rajoitustoimenpiteitä. Perusoikeuksien rajoittamisen yleisistä edellytyksistä on säädetty mielenterveyslain 22 a §:ssä.

Päihdehuoltolain 2 luku koskee hoitoa tahdosta riippumatta. Tahdosta riippumattomassa päihdehuollossa oleva henkilö voidaan eristää lain 26 §:n mukaisesti. Säännöstä tarkentaa päihdehuoltoasetuksen (653/1986) 14 §. Lain 27 §:n nojalla henkilöltä voidaan ottaa toimintayksikön haltuun päihteitä tai niiden käyttöön liittyviä välineitä taikka turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä. Erikseen määritellyin perustein on mahdollista suorittaa henkilöön käyvä tarkastus ja postin tai muun lähetyksen tarkastaminen.

Tartuntatautilaissa säädetään tartuntatautiin vastustamistyöstä sekä siihen liittyvistä perusoikeuksia rajoittavista toimenpiteistä, kuten henkilön ja tavaran määräämisestä karanteeriin, henkilön määräämisestä olemaan poissa ansiotyöstä, päivähoitopaikasta tai oppilaitoksesta, henkilön eristämisestä sairaanhoitolaitokseen sekä taudin leviämisen ehkäisemiseksi välttämättömän hoidon antamisesta henkilön tahdosta riippumatta.

Lastensuojelulain 8 luvussa säädetään lapsen kiireellisestä sijoituksesta ja 9 luvussa huostaanotosta. Lastensuojelulain 40 §:ssä eritellään perusteet, joiden toteutuessa lapsi on otettava huostaan ja hänelle on järjestettävä sijaishuolto. Lapsi voidaan vastaavin perustein myös sijoittaa kiireellisesti lastensuojelulain 38 §:n mukaisesti.

Lastensuojelulain 10 luvussa säädetään sijaishuollon järjestämisestä ja 11 luvussa sijaishuollossa toteutettava perusoikeuksien rajoittamisesta. Lain 64 § sisältää rajoitustoimenpiteiden käytölle asetetut yleiset edellytykset. Sen mukaan laitoshuoltona järjestettävän sijaishuollon aikana lapseen saa 65—73 §:n nojalla kohdistaa rajoitustoimenpiteitä vain siinä määrin kuin sijaishuoltoon johtaneen päätöksen tarkoituksen toteuttaminen, lapsen oma tai toisen henkilön terveys tai turvallisuus taikka muun mainituissa säännöksissä säädetyn edun turvaaminen välttämättä vaatii.

Kehitysvammalain 32 §:n mukaan henkilö voidaan määrätä erityishuollon toimintayksikköön tahdostaan riippumatta, jos hän ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia, hän todennäköisesti vakavasti vaarantaa terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja hänen hoitoaan ja huolenpitoaan ei voida järjestää muulla tavoin. Laissa on nimenomaisesti lueteltuna ne rajoitustoimenpiteet, joita voidaan käyttää tahdosta riippumattomassa ja vapaaehtoisessa erityishuollossa.

Sosiaalihuollossa julkista vallankäyttöä sisältyy myös muun muassa sosiaalihuoltoon liittyvään palvelutarpeen arviointiin, asiakassuunnitelman tekoon ja päätöksentekoon, ilmoitusten vastaanottamiseen ja niistä seuraaviin toimiin, asiakasmaksuja koskevaan päätöksentekoon, lastenvalvojan tehtäviin sekä adoptioon liittyviin tehtäviin. Terveydenhuollossa julkista valtaa käytetään aiemmin esitetyn lisäksi esimerkiksi kuolemansyyn selvittämiseen liittyvissä tehtävissä sekä virka-apua pyydettyä.

#### 2.1.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen

##### *Voimassa olevat säännökset*

Voimassa olevan lainsäädännön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on säädetty kuntien tehtäväksi, joten niillä on vastuu perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle säädetyn veloitteen toteuttamisesta käytännössä. Kunnallishallinnossa tehtävien hoidossa käytetään yleisesti käsitettä järjestämisvastuu. Järjestämisvastuun käsitteellä vastuun sisältö halutaan erottaa palvelujen tuottamisesta tai hoitamisesta. Järjestämisvastuuseen kuuluu, että väestön tarpeenmukaisia palveluja on saatavilla. Järjestämisvastuu on osin liian yleinen käsite kuvaamaan niitä erilaisia vastuuta, oikeuksia ja velvollisuuksia, joita kuntalaisen, kunnan ja kuntayhtymän välille sosiaali- ja terveydenhuollossa muodostuu. Järjestämisvastuuseen sisältyy kunnan vastuu kuntalaisille siitä, että laissa turvattu tai muita palveluja on saatavilla ja että kuntalaiset saavat nämä palvelut lain turvaamalla tavalla. Järjestämisvastuuseen kuuluu myös vastuu palvelujen järjestämistavasta, joka voi toteutua omana tuotantona, yhteistoimintana tai ostopalveluina. Vastuuseen kuuluu lisäksi vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varamisesta palvelujen järjestämiseen. Kunnan tehtäviä voi lain ja sopimuksen nojalla hoitaa myös kuntayhtymä.

Sosiaalihuollon järjestämisvastuusta säädetään vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa (710/1982). Uudella, pääosin 1 päivänä huhtikuuta 2015 voimaan tulleella sosiaalihuoltolalla (1301/2014), jäljempänä uusi sosiaalihuoltolaki, kumottiin suurin osa vuoden 1982 sosiaalihuoltolaista, mutta sosiaalihuollon hallintoa ja järjestämistä koskevat vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 2 luvun säännökset jäivät kuitenkin muutamien muiden säännösten lisäksi voimaan uuden sosiaalihuoltolain rinnalla. Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 5 §:n mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan kuin sosiaalihuoltolaissa tai muutoin säädetään. Uuden sosiaalihuoltolain 12 §:ssä säädetään lisäksi, että jokaisella kunnassa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada kiireellisessä tapauksessa yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Muussa kuin kiireellisessä tapauksessa henkilöllä on oikeus saada riittävät sosiaalihuollon palvelut kotikuntalaissa (201/1994) tarkoitettulta kotikunnaltaan tai siltä kuntayhtymältä, johon kotikunta kuuluu, ellei muualla laissa toisin säädetä.

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:n perusteella sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä sekä niistä tehtävistä, jotka muussa laissa säädetään sosiaalilautakunnan taikka muun vastaavan toimielimen tehtäväksi, huolehtii yksi tai useampi kunnan määräämä monijäseninen toimielin. Kuntayhtymän huolehtiessa kahden tai useamman kunnan koko sosiaalihuollosta sen on asetettava vastaava toimielin yhteisesti jäsenkuntia varten. Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:ssä tarkoitettua toimielimen laissa säädettyä päätösvaltaa ja oikeutta puhevallan käyttämiseen voidaan johtosäännöllä siirtää laissa tarkemmin säädettyin edellytyksin toimielimen alaisille viranhaltijoille henkilön tahdosta riippumattomaa huoltoa koskevia päätöksiä lukuun ottamatta. Sosiaalioikeudellisesti, jonka toimielin on tehtävään määrännyt, on lain 12 §:n nojalla oikeus toimielimen vahvistamisen perusteiden ja yleisten ohjeiden mukaisesti toimielimen puolesta päättää myös kiireellisissä tapauksissa tahdosta riippumattoman huollon antamisesta ja siihen liittyvistä muista toimenpiteistä ja näissä tapauksissa käyttää toimielimen puhevaltaa itse tai asiamiehen välityksellä.

Kunnalliseen sosiaalihuoltoon sovellettavassa uudessa sosiaalihuoltolaissa säädetään hyvinvoinnin edistämisestä, sosiaalipalveluista, sosiaalihuollon toteuttamisesta, palvelujen laadun varmistamisesta sekä muutoksenhausta sosiaalihuoltoa koskeviin päätöksiin. Lain tarkoituksena on siirtää painopistettä erityispalveluista yleispalveluihin, vahvistaa asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja tiivistää viranomaisten yhteistyötä. Asiakaskeskeisyyden vahvistamiseksi laissa määritellään ne tuen tarpeet, joiden perusteella sosiaalipalveluja ja muuta sosiaalihuoltoa järjestetään. Asiakkaalla on oikeus niihin palveluihin, joilla turvataan välttämätön huolenpito ja toimeentulo sekä lapsen terveys ja kehitys. Laissa määritellään lisäksi keskeisiä kunnissa jo käytössä olevia sosiaalipalveluja, kuten asumis- ja laitospalvelut. Sosiaalihuoltolain lisäksi osasta sosiaalipalveluja ja niiden saamisperusteista on omat väestö- tai asiakasryhmäkohtaiset erityislakinsa, jotka määrittävät sosiaalihuollon sisältöä oman erityisalueensa osalta huomattavasti yleislakina toimivaa sosiaalihuoltolakia laajemmin ja yksityiskohtaisemmin.

Lastensuojelulain 11 §:n nojalla kunnan on huolehdittava siitä, että ehkäisevä lastensuojelu sekä lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Lapsi- ja perhekohtaista lastensuojelua toteutetaan silloin, kun lapsi ja perhe ovat lastensuojelun asiakkaina. Palvelua on järjestettävä tarvittavassa laajuudessa niinä vuorokauden aikoina, joina sitä tarvitaan. Lastensuojelun lisäksi kunnan tulee järjestää lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ehkäisevää lastensuojelua, kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana. Kunnassa lastensuojelun toimeenpääntöön liittyvistä tehtävistä vastaa sosiaalihuollosta vastaava toimielin.

Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987, jäljempänä vammaispalvelulaki) säädetään palvelujen ja tukitoimien järjestämisen vastuusta, suunnittelusta ja rahoituksesta, elinolojen kehittämisestä, yhteistyöstä ja muutoksenhausta sekä vammaisille tarkoitetuista palveluista. Lain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Kunnan velvollisuutena on huolehtia, että vammaisille tarkoitetut palvelut ja tukitoimet järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisina kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Palveluja ja tukitoimia järjestettäessä on otettava huomioon asiakkaan yksilöllinen avun tarve.

Kehitysvammalaissa säädetään erikseen kehitysvammaisten erityishuollon hallintorakenteista. Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisen osalta maa on jaettu kehitysvammalain perusteella erityishuoltopiireihin. Erityishuollon järjestämisvelvollisuus kuuluu lain 6 §:ssä tarkoitetuille erityishuoltopiirien kuntayhtymille, mutta myös yksittäiset kunnat voivat järjestää erityishuoltoa. Kunnan järjestäessä erityishuoltoa erityishuoltoviranomaisena toimii sosiaalihuollosta vastaava toimielin.

Vammaislainsäädännön uudistamistyö on parhaillaan meneillään. Uudistuksessa on tarkoitus yhdistää edellä mainitut vammaispalvelulaki ja kehitysvammalaki. Tarkoituksena on, että uusi laki tulisi voimaan yhtä aikaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavan lain (jäljempänä *järjestämislaki*) kanssa vuoden 2020 alussa.

Iäkkäiden henkilöiden palveluita koskee vuonna 2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), jäljempänä vanhuspalvelulaki.

Toimeentulotuesta annetussa laissa (1412/1997) säädetään toimeentulotuesta, joka on sosiaalihuoltoon kuuluva viimesijainen taloudellinen tuki, jonka tarkoituksena on turvata henkilön ja perheen toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Toimeentulotuen avulla turvataan henkilön ja perheen ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämätön toimeentulo. Vuoden 2017 alusta alkaen perustoimeentulotuen myöntämisestä vastaa Kansaneläkelaitos ja täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen myöntämisestä kunta.

Kuntien velvoitteesta järjestää terveydenhuollon palveluja säädetään kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) ja mielenterveyslaissa. Terveydenhuoltolakia sovelletaan kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Käytännössä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukaiset palvelut on eroteltu perusterveydenhuolloksi ja erikoissairaanhoidoksi. Kansanterveyslain mukaisia palveluja tai kunnan erikseen päättämiä kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä varten kunnalla tai kuntayhtymällä on oltava terveyskeskus. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kuntien lähinnä terveyskeskuksissa järjestämiä palveluja. Terveyskeskuksilla voi olla useita eri toimipaikkoja eli terveysasemia tai sairaaloita.

Kuntien vastuulla on huolehtia myös siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu sairaanhoitopiireihin. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi

kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirejä on 20. Erikoissairaanhoidossa kunta on velvoitettu osallistumaan sairaanhoitopiirin hallintoon ja hoitamaan laissa säädetyt erikoissairaanhoidon tehtävät sen kautta.

Ahvenanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu maakunnan lainsäädäntövaltaan. Sen perusteella sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomainen (Ålands hälsö och sjukvård). Sosiaalihuollon puolestaan järjestävät Ahvenanmaalla kunnat. Kehitysvammaisten erityis- huollon palvelut tuottaa kuntayhtymä, Ålands Omsorgsförbund, johon kaikki Ahvenanmaan kunnat kuuluvat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n nojalla kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa sekä olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä. Tehtävien hoitamisessa tarvittavia palveluja kunta voi hankkia valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Lisäksi palvelujen käyttäjälle voidaan antaa palveluseteli, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

### *Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus*

Maakuntauudistusta ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta koskevassa hallituksen (HE15/2017) esityksessä (HE 15/2017) ehdotetaan säädettäväksi maakuntalaki, laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä niiden yhteinen voimaanpanolaki. Lisäksi esityksessä on maakunta- ja sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen edellyttämiä muutoksia muuhun lainsäädäntöön. Esityksessä on tämän mukaisesti ehdotus maakuntien rahoituslaiksi, maakuntajakolaiksi, kunnan peruspalvelujen valtionosuuslaiksi sekä ehdotukset verolainsäädännön, maakuntien ja kuntien henkilöstöä koskevan lainsäädännön, vaalilainsäädännön sekä eräiden yleishallintoa koskevien lakien muuttamiseksi.

Esityksen mukaan Suomeen muodostetaan 18 maakuntaa. Maakunnat olisivat julkisoikeudellisia yhteisöjä, joilla on alueellaan itsehallinto. Uudet maakunnat olisivat alueeltaan nykyisiä maakuntia vastaavia eräin yksittäisiä kuntien koskevin poikkeuksin. Maakuntien ylin päättävä toimielin olisi vaaleilla valittava maakuntavaltuusto. Maakunnat hoitaisivat niille lailla säädettäviä tehtäviä. Keskeisiä tehtäviä olisivat sosiaali- ja terveydenhuolto ja pelastustoimi. Lisäksi erikseen valmistellaan eräiden ELY-keskusten, TE-toimistojen ja aluehallintovirastojen sekä maakuntien liittojen ja ympäristöterveydenhuollon tehtävien siirtäminen maakuntien vastuulle. Maakuntalaissa olisi maakuntien toimintaa, taloutta ja hallintoa koskevat säännökset.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavalla lailla siirrettäisiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu perustettaville maakunnille. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisi kuitenkin edelleen kuntien tehtäväksi, minkä lisäksi maakuntien pitäisi myös omassa toiminnassaan huolehtia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen yhteistyön ja tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen varmistamiseksi muodostettaisiin viisi yhteistyöaluetta. Yhteistyöalueeseen kuuluvat maakunnat laatisivat nelivuositain yhteistyösuunnitelman. Maakuntien toiminnassa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen erotettaisiin toisistaan. Palvelujen tuottamiseksi jokaiseen maakuntaan perustettaisiin maakunnan liikelaitos.

Maakuntien järjestämisvastuulla ja omalla palveluntuotannolla varmistetaan sosiaalisten perusoikeuksien yhdenvertainen toteutuminen perustuslain 19 §:n ja 6 §:n mukaisesti ja se, että sosiaalisia perusoikeuksia toteuttavat julkiset palvelut ovat julkisen vallan vastuulla ja tehokkaassa ohjauksessa perustuslain 22 §:n ja 124 §:n edellyttämällä tavalla. Maakunnan velvollisuutena on järjestämis- ja tuottamisvastuutaan toteuttaen varmistaa riittävien ja yhdenvertaisten palvelujen saatavuus koko maakunnan alueella ja asiakaslähtöisten integroitujen palvelukokonaisuuksien toteutuminen. Valtion mahdollisuutta ohjata maakuntien vastuulle kuuluvaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa ehdotetaan samalla vahvistettavaksi. Valtioneuvosto vahvistaisi joka neljäs vuosi strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollolle. Maakuntien pitäisi ottaa tavoitteet huomioon omassa toiminnassaan ja myös yhteistyösopimusten valmistelussa. Valtioneuvosto voisi antaa maakuntia sitovia hallintopäätöksiä palvelurakenteesta, laajakantoisista ja merkittävistä investoinneista sekä tietohallinto- ja tietojärjestelmäpalvelujen toteuttamisesta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö neuvottelee vuosittain maakuntien kanssa niiden järjestämisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisesta.

Maakuntien toiminta rahoitetaan pääosin valtion rahoituksella ja osaksi palvelujen käyttäjiltä perittävillä asiakasmaksuilla. Rahoituksesta säädettäisiin maakunnan rahoituslailla. Rahoitus määräytyisi laskennallisesti

osin maakunnan asukasluvun ja osin palvelujen tarpeen ja olosuhdetekijöiden perusteella. Valtion rahoitus olisi maakunnille yleiskatteellista.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa oleva henkilöstö siirtyy ehdotuksen mukaan maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaatteiden mukaisesti. Sairaanhoidopiirien ja kehitysvammaisten erityishuoltopiirien kuntayhtymät ja maakuntien liitot sekä niiden omaisuus, vastuut ja velvoitteet siirtyvät maakunnille. Lisäksi kunnista siirtyisi maakunnille sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämiseen liittyvä irtain omaisuus.

#### 2.1.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytykset

##### *Voimassa olevat säännökset*

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytyksistä säädetään vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Kunnassa tulee vuoden 1982 sosiaalihuoltolain mukaan olla sosiaalihuollon ammatillista henkilöstöä sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten. Jokaisen kunnan käytettävissä tulee olla sellaisen asiakastyöhön osallistuvan viranhaltijan palveluja, jolla on sosiaalityöntekijän ammatillinen kelpoisuus. Uuden sosiaalihuoltolain 41 §:n mukaan palvelutarpeen arvioimiseksi, päätösten tekemiseksi ja sosiaalihuollon toteuttamiseksi toimenpiteestä vastaavan viranomaisen on huolehdittava siitä, että käytettävissä on henkilön yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista. Sosiaalihuollon johtamisesta säädetään uuden sosiaalihuoltolain 46 a §:ssä.

Vastaavasti terveydenhuoltolaissa säädetään, että kunnan tai sairaanhoidopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten. Terveydenhuoltolaissa edellytetään myös, että toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Kunnan tai sairaanhoidopiirin kuntayhtymän terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on lisäksi vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Oikeudesta toimia sosiaalihuollon ammattihenkilönä säädetään laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015), jossa on säännökset sosiaalihuollon keskeisten ammattiryhmien ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisestä, ammatinharjoittamisoikeuden rekisteröinnistä, ammattihenkilöiden ohjauksesta ja valvonnasta sekä valvontaviranomaisten tehtävistä ja työnjaosta. Oikeudesta toimia terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994). Mainitut lait sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä koskevat sekä julkista että yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaan sosiaalihuollon toimintoja varten kunnalla on oltava riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. Vastaavasti terveydenhuoltoa varten kunnalla tai sairaanhoidopiirin kuntayhtymällä on terveydenhuoltolain 4 §:n mukaan oltava käytettävissään asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet.

Yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytyksiä koskevat vaatimukset sisältyvät yksityisistä sosiaalipalveluista annettuun lakiin (922/2011) ja yksityisestä terveydenhuollosta annettuun lakiin (152/1990). Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 4 §:n mukaan toimintayksikössä tulee olla riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja varusteet sekä toiminnan edellyttämä henkilöstö. Toimitilojen tulee olla terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle sopivat. Henkilöstön lukumäärän tulee olla riittävä palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden lukumäärään nähden. Lain 5 §:n mukaan toimintayksiköllä tulee olla vastuuhenkilö, joka vastaa siitä, että toimintayksikössä toteutettavat palvelut täyttävät niille asetetut vaatimukset.

Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 3 §:n mukaan terveydenhuollon palveluja annettaessa on oltava asianmukaiset tilat ja laitteet. Lisäksi palvelujen tuottajalla tulee olla toiminnan edellyttämä, asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta. Toiminnan on oltava lääketieteellisesti asianmukaista ja siinä tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus. Lain 5 §:n mukaan palvelujen tuottajalla tulee olla lupaviranomaisen hyväksymä terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja.

##### *Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamista koskevan lainsäädännön uudistus*

Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteltu hallituksen esitysluonnos laiksi sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta, jossa yhdistettäisiin yksityisiä ja julkisia sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamista ja palvelun-

tuottajia koskeva lainsäädäntö samaan lakiin. Lailla yhdenmukaistettaisiin julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelun tuottajien toimintaedellytykset, rekisteröinti ja valvonta. Laissa säädettäisiin perusvaatimukset, joiden perusteella palvelun tuottajat ja palveluyksiköt rekisteröitäisiin samaan rekisteriin. Lailla kumotaisiin voimassa oleva yksityisistä sosiaalipalveluista annettu laki ja yksityisestä terveydenhuollosta annettu laki. Esitysluonnos (HE 52/2017 vp.) annettiin eduskunnalle 12. toukokuuta 2017.

Ehdotettavassa laissa säädettäisiin oikeudesta tuottaa maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluvia sosiaali- ja terveyspalveluja sekä yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja. Palveluntuottajalla tarkoitettaisiin ehdotetun maakuntalain mukaista maakunnan liikelaitosta, yksityistä henkilöä sekä yhtiötä, osuuskuntaa, yhdistystä, säätiötä ja muuta yhteisöä, joka tuottaa laissa tarkoitettuja sosiaali- ja terveyspalveluja.

Aluehallintovirastot ja Valvira ylläpitäisivät yhdessä palveluntuottajien rekisteriä rekisteröinti-, valvonta ja tilastointitehtäviä varten. Kaikki sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat ja palvelut sisältyisivät samaan rekisteriin. Nykyisistä lupa- ja ilmoitusmenettelyistä olisi tarkoitus luopua ja säätää jatkossa kaikkia palveluntuottajia koskevasta rekisteröintimenettelystä niiden oikeudellisesta muodosta riippumatta. Palvelua tuottava taho rekisteröitäisiin ensin ja tämä antaisi yleisen kelpoisuuden toimia yksityisenä palveluntuottajana. Palveluntuottaja ilmoittaisi tietyt perustiedot, kuten nimen ja yhteystiedot, ja muut tarvittavat tiedot viranomaisen saisi viran puolesta ja maksutta muilta viranomaisilta. Palveluntuottajan rekisteröinti ei siis olisi sidottu tuotettaviin palveluihin, vaan antaisi lähtökohtaisen kelpoisuuden tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Erikseen säädettäisiin, että silloin kun palveluyksikön toiminta sitä sen laatuun tai laajuuteen nähden edellyttää, viranomaisen voisi ennen palveluyksikön rekisteröintiä selvittää tarkemmin toimintaedellytysten täyttymisen eli pyytää tarkempia tietoja palveluntuottajalta tai toteuttaa ennakkotarkastuksen palveluyksikössä. Rekisteriviranomaisen olisi tehtävä päätös palveluntuottajan rekisteröimisestä, palveluyksikön rekisteröimisestä sekä sen muutoksesta tai hylkäämisestä.

Ehdotettavassa laissa säädettäisiin, että sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamisessa käytettävien toimitilojen ja välineiden on oltava riittävät ja asianmukaiset. Toimitilan ja toiminnan olisi oltava terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle tai tutkimukselle sopiva ja turvallinen. Toimitilojen olisi tuettava asiakkaiden ja potilaiden sosiaalista vuorovaikutusta. Toimitilojen, toimintaympäristön ja välineiden suunnittelussa ja käytössä olisi otettava huomioon esteettömyys sekä asiakkaiden ja potilaiden yksilölliset tarpeet ja yksityisyyden suoja.

Sosiaali- ja terveyspalvelun toteuttamisessa olisi ehdotuksen mukaan oltava palveluntuottajan toiminnan edellyttämä henkilöstö. Henkilöstön määrän olisi oltava riittävä asiakkaiden ja potilaiden palvelujen tarpeeseen ja lukumäärään nähden. Henkilöstön määrää arvioitaessa olisi otettava huomioon asiakkaiden ja potilaiden hoivan ja hoidon tarve ja siinä tapahtuvat muutokset. Henkilöstöllä olisi oltava palveluntuottajan toiminnan edellyttämä, asianmukainen koulutus.

#### 2.1.6 Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä

##### *Sosiaali- ja terveydenhuollon erilaiset lähtökohdat*

Sosiaali- ja terveydenhuolto ovat lähtökohdiltaan erilaisia järjestelmiä. Terveydenhuolto on kehittynyt tieteellisen tutkimuksen ja sosiaalihuolto taas pitkälti lainsäädännön ja yksilöiden oikeuksien laajenemisen pohjalta. Sosiaalihuollon tietopohja on terveydenhuoltoa tuntuvasti niukempi ja toiminnan kehittämiseen liittyvissä ratkaisuissa joudutaan nojautumaan suuressa määrin toiminnan yleistä luonnetta koskevaan ja kokemusperäiseen tietoon. Sosiaalihuollossa olennaista onkin vahvistaa sosiaalihuollon tietopohjaa palvelujen tuottajien järjestelmällisellä seurannalla ja tutkimalla sosiaalipalvelujen vaikuttavuutta.

Sosiaalihuollossa monilla toimenpiteillä on vahva oikeuspohja, mikä usein edellyttää viranomaispäätöksiä, joista asiakkaalla tulee olla valitusoikeus. Terveydenhuollon toiminta on pääosin ns. tosiasiallista toimintaa, josta ei tehdä hallintopäätöksiä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessakin on eroja: sosiaalihuollossa perustason toiminta on julkisessa palvelujärjestelmässä vahva, ja kolmannelta ja yksityiseltä sektorilta ostetaan paljon erityispalveluja. Terveydenhuollossa perustason palveluja sen sijaan on tarvetta vahvistaa nykyisestä. Yhteistä sosiaali- ja terveydenhuololle on pyrkimys edistää asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja asiakkaan omia toimintaedellytyksiä. Lisäksi asiakas- tai potilassuhteen jatkuvuus on myönteistä tulosta edistävä tekijä kummallakin sektorilla. Ammattihenkilön pysyvyys syventää asiakassuhdetta ja voi parantaa asiakkaan erityistarpeiden huomioon ottamista ja tunnistamista.



### *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen*

Väestön hyvinvoinnin turvaaminen on kirjattu perustuslain 19 §:ään, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä ja tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on määritelmänsä mukaisesti yksilöön, perheisiin, yhteisöihin, väestöön, elinoloihin ja elinympäristöön sekä palvelujen järjestämiseen kohdentuvaa toimintaa, jonka avulla parannetaan väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä vähennetään eroja väestöryhmien välillä (mm. STM Raportteja ja muistioita 2012:17). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sisältää edistävän toiminnan (promootio) sekä ehkäisevän toiminnan (preventio) (WHO 1998). Edistävällä toiminnalla tarkoitetaan suotuisien olosuhteiden, yhteisöllisyyden ja elinympäristöjen vahvistamista sekä terveyden, työ- ja toimintakyvyn, turvallisuuden ja osallisuuden ylläpitämistä. Edistävässä toiminnassa painopiste on yhdenvertaisten mahdollisuuksien luomisessa sekä universaaleissa palveluissa. Sairauksien, tapaturmien, syrjäytymisen sekä muiden sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ehkäisy puolestaan on tiettyyn riskin kohdistuvaa toimintaa siten, että riski ei toteudu. Ehkäisevää toimintaa ovat esimerkiksi riskiolosuhteissa kasvavien lasten tukeminen, rokotukset, riskiryhmille suunnattu elintapaneuvonta ja työttömien terveystarkastukset.

Kunnat vastaavat kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä. Kunnassa hyvinvointia ja terveyttä edistävä työ on eri toimialojen ja kunnassa ja alueella toimivien muiden organisaatioiden yhteistyössä toteuttamaa suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista hyvinvointia ja terveyttä edistävään työhön ja väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin velvoite edistää väestön terveyttä viittaa yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintaloikoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan. Hyvinvoinnin edistäminen kuuluu kunnan kaikille toimialoille ja edellyttää kunnissa toimivia rakenteita ja käytäntöjä sekä poikkihallinnollista yhteistyötä. Sosiaalihuoltoon kuuluvaa hyvinvoinnin edistämistä ovat eri toimijoiden tarjoaman tuen koordinointi, neuvonta, ohjaus ja muut matalan kynnyksen palvelut, rakenteellinen sosiaalityö sekä edellytykset sosiaalista hyvinvointia edistävälle toiminnalle. Lisäksi sosiaalitoimen tulee osallistua hyvinvointivaikutusten huomioon ottamiseen sekä kunnan asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien edistämiseen. Edistävän ja tukevan toiminnan lisäksi hyvinvoinnin edistämällä tarkoitetaan myös hyvinvointiin kielteisesti vaikuttavien tekijöiden ja ilmiöiden ehkäisemistä ja torjuntaa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää köyhyyden ja syrjäytymisen torjumiseen.

Kuntalain (410/2015) 1 § velvoittaa kuntia edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa sekä järjestää palvelut taloudellisesti, sosiaalisesti ja ympäristöllisesti kestäväällä tavalla. Lisäksi lain 37 § velvoittaa kuntia laatimaan kuntastrategian, jossa on otettu huomioon kuntien asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.

Terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia ja kuntayhtymiä terveys- ja hyvinvointivaikutusten ennakoarvointiin päätöksenteossaan ja ratkaisujen valmistelussa. Kuntien tulee lain 12 §:n mukaan seurata asukkaattensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin, ja tätä varten on valmistettava hyvinvointikertomus ja määriteltävä seurannan indikaattorit. Myös terveyden ja hyvinvoinnin vastuutahot kunnassa tulee määritellä. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä on velvoitettu tarjoamaan asiantuntemusta ja tukea terveyden toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämiseen alueellisesti (36 §). Terveyden edistämisen toteutuksesta tulee sopia sairaanhoidopiiriin kuuluvien kuntien yhdessä laatimassa järjestämissuunnitelmassa.

Sosiaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämisestä säädetään sosiaalihuoltolaissa. Uuden sosiaalihuoltolain 8 ja 9 §:n mukaan kunnallisten viranomaisten on seurattava ja edistettävä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden ja lasten ja nuorten hyvinvointia, sekä poistettava epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Sosiaaliset näkökohdat on otettava huomioon kunnan eri toiminnoissa, kuten terveydenhuollossa, koulutoidessa, maankäytössä ja rakentamisessa, asumisen järjestämisessä, työllistämässä, kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnoissa sekä liikenne- ja muiden palvelujen järjestämisessä. Kuntien on sosiaalihuoltolain 7 §:n mukaan huolehdittava rakenteellisella sosiaalityöllä sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalisia ongelmia koskevan tiedon välittämisestä ja sosiaalihuollon asiantuntemuksen hyödyntämisestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Rakenteelliseen sosiaalityöhön kuuluu: 1) sosiaalihuollon asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä sekä tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon vaikutuksista; 2) tavoitteelliset toimet ja toimenpide-ehdotukset sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä kunnan asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi; 3) sosiaalihuollon asiantuntemuksen tuominen osaksi kunnan muiden toimialojen suunnittelua sekä yhteistyö

yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen kanssa paikallista sosiaalityötä sekä muuta palvelu- ja tukivalikoimaa kehittäen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevia säännöksiä on myös nuorisolaissa (72/2006), alkoholilaissa (1143/1994), tupakkalaissa (549/2016), tartuntatautilaissa, neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetussa valtioneuvoston asetuksessa (338/2011) sekä työterveyshuoltolaissa (1383/2001). Yksityiskohtaisemmin eri väestö- ja asiakasryhmien hyvinvoinnin edistämistä säädetään näitä ryhmiä koskevissa erityislaeissa, kuten lastensuojelulaissa, oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa (1287/2013), vammaispalvelulaissa, vanhuspalvelulaissa, päihdehuoltolaissa ja mielenterveyslaissa.

Hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn kansallinen ohjaus on lainsäädännön ohella painottunut informaatio-ohjaukseen, johon ohjelmaohjauksen lisäksi luetaan kuntien kanssa tehtävä käytäntöjen, toimintamallien ja menetelmien kehittäminen, koulutus ja tutkimustiedon levittäminen viestinnän keinoin. Viime vuosina sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla olevia kansallisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monialaisia yhteistyöohjelmia on ollut runsaasti, esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001—2015), Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2008—2011), Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (2008—2011) sekä Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, Kaste (2008—2011, 2012—2015), jossa yhtenä läpikulkevana tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Näiden lisäksi kansallisia ohjausinstrumentteja ovat olleet laatusuositukset, valtioneuvoston periaatepäätökset, opaat sekä teemakohtaiset ohjelmat. Ohjelmaohjaukselta on kritisoitu ohjelmien runsaslukuisuudesta ja siitä, ettei ohjelmia tunneta kunnissa. Ohjelmien tavoitteet ovat kuitenkin sisällyneet melko hyvin kuntien tekemiin suunnitelmiin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittänyt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tietopohjaa, käytäntöjä, menetelmiä ja työvälineitä yhdessä kuntien ja alueiden kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuloksellisuutta kunnissa toimialakohtaisilla terveyden edistämisen aktiivisuutta kuvaavilla kuntakyselyillä. Lisäksi aluehallintovirastot ja valtakunnallisesti Valvira, ympäristöterveydenhuollossa myös Evira ja Tukes, seuraavat ja ohjaavat kuntien hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa.

### *Sosiaalihuolto ja sosiaalipalvelut*

Sosiaalihuoltoon sisältyvät sosiaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä laeissa määritellyt sosiaalihuollon tehtävät ja palvelut. Sosiaalihuollon toimin vaikutetaan ennen kaikkea väestön sosiaaliseen hyvinvointiin ja turvallisuuteen sekä toimintakykyyn ja osallisuuteen. Terveyden edistämiseen kohdistuvat vaikutukset ovat yleensä välillisiä. Sosiaalihuollolla on luonteensa vuoksi erityinen rooli eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentämisessä. Yhtenä sosiaalihuollon lainsäädännön päämääränä on turvata tarpeenmukaisen, riittävien ja laadukkaiden sosiaalipalvelujen saaminen yhdenvertaisin perustein. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa lähtökohtana pidetään yleisesti sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Ensisijaista on kuitenkin hyvinvoinnin edistäminen ennaltaehkäisevästi yleisin koko väestöön kohdistuvien toimin. Hyvinvoinnin edistäminen voi kohdistua niin yksilöihin, perheisiin, yhteisöihin kuin koko väestöön. Toiminta on luonteeltaan sosiaalihuoltoa silloin, kun sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö kantaa vastuun palvelun toteuttamisesta.

Uuden sosiaalihuoltolain 11 §:ssä määritellään ne tuen tarpeet, joiden perusteella sosiaalipalveluja ja muuta sosiaalihuoltoa järjestetään. Sosiaalipalveluja on järjestettävä erimerkiksi tueksi jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen, äkillisiin tai vaikeisiin kriisi- ja elämäntilanteisiin tai toimintakykyyn liittyvään tuen tarpeeseen. Lisäksi palveluja on järjestettävä tuen tarpeessa olevien henkilöiden omaisten ja läheisten tukemiseksi. Laissa määritellyt tuen tarpeet osoittavat päätöksentekijöille sen, mihin tarpeisiin palvelutuotannossa tulee varautua. Toisaalta määrittely osoittaa muille toimijoille, minkälaisissa tilanteissa sosiaalitoimeen voi olla yhteydessä. Keskeistä lain soveltamisen kannalta on se, että tarvemäärittely ohjaa asiakaslähtöiseen työskentelyyn, jossa keskiössä on asiakas omine tarpeineen, ei palvelujärjestelmä, johon asiakkaan tulisi sopeutua.

Tarvetta vastaavan tuen tulee perustua henkilön omien kykyjen ja voimavarojen tunnistamiseen ja mahdollistaa henkilön mahdollisimman itsenäinen ja omaehtoinen toiminta. Tuen tarpeisiin voidaan vastata sosiaalihuoltolaissa määritellyillä yleisillä sosiaalipalveluilla sekä sosiaalihuollon erityislaeissa säädetyillä sosiaalipalveluilla.

Välttämättömien ja kiireellisten sosiaalipalvelujen ja muiden tukitoimien järjestämistä siten, että henkilön tarvitsema välitön turva ja huolenpito voidaan antaa erilaisissa sosiaalisissa hätä- ja kriisitilanteissa vuoro-

kaudenajasta riippumatta säädetään sosiaalihuoltolain 12, 29 ja 29 a §:ssä. Velvoitteita ympärivuorokautisen sosiaalipäivystyksen järjestämiseen sisältyy myös useisiin muihin voimassa oleviin säännöksiin.

#### *Yleiset sosiaalipalvelut*

Sosiaalihuoltolain 14 §:ssä on määritelty, mitä palveluja kunnallisina sosiaalipalveluina on järjestettävä asiakkaiden tuen tarpeisiin vastaamiseksi. Sosiaalihuoltolain mukaisia yleisiä sosiaalipalveluja ovat esimerkiksi sosiaalityö ja sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kotipalvelu, kotihoito, asumispalvelut, liikkumista tukevat palvelut, päihdetyö, mielenterveystyö ja kasvatus- ja perheneuvonta. Kunnalla on myös mahdollisuus järjestää muita asiakkaan tuen tarpeisiin vastaavia, hyvinvoinnille välttämättömiä palveluja. Suurin osa sosiaalihuoltolain mukaisista sosiaalipalveluista on ns. määrärahasidonnaisia palveluja, joiden myöntämisessä kunta voi käyttää harkintaa. Näiden palvelujen myöntämisen pitää kuitenkin aina perustua yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin. Palveluja järjestettäessä on ensisijaisesti otettava huomioon, mitä sosiaalihuoltolain 12 ja 13 §:ssä säädetään välttämättömän huolenpidon ja toimeentulon sekä lapsen terveyden ja kehityksen turvaamisesta. Lisäksi laissa on säädetty palvelukohtaisia oikeuksia tiettyjen palvelujen saamiseen. Esimerkiksi lapsiperheillä on subjektiivinen oikeus välttämättömään kotipalveluun yleisenä perhepalveluna, jos lapsen hyvinvoinnin turvaaminen muutoin ei ole mahdollista laissa mainittujen syiden vuoksi. Velvoite kotipalvelun järjestämiseen koskee kaiken ikäisiä lapsia ja heidän perheitään.

#### *Erityislakien mukaiset sosiaalipalvelut*

Tuen tarpeisiin voidaan vastata sosiaalihuoltolaissa määritellyillä yleisillä sosiaalipalveluilla sekä palveluilla, joista säädetään muissa laeissa. Sosiaalipalvelujen jakautuminen yleislakiin ja erityislakeihin ei välttämättä liity palvelun erityisyyteen tai vaativuuteen, vaan asiakkaan oikeuksiin, lainsäädännön säätelyn tasoon tai asiakasryhmän määrittelyyn. Esimerkiksi vuonna 2014 yleisin käytetty sosiaalipalvelu oli toimeentulotuki, jota sai noin 390 000 asiakasta, eli 7 prosenttia väestöstä.

Erityisryhmienkin tarpeisiin on ensisijassa pyrittävä vastaamaan sosiaalihuoltolain sääntelemillä yleisillä sosiaalipalveluilla. Jos nämä osoittautuvat riittämättömiksi, mahdottomiksi tai epätarkoituksenmukaisiksi, on palvelut järjestettävä erityislain nojalla. Pohdittaessa, mikä lainsäädännös tulee sovellettavaksi, on aina valittava se säännös, joka parhaiten toteuttaa asiakkaan etua. Periaatetta on sovellettava silloin, kun tietty sosiaalipalvelu voitaisiin myöntää kahden eri lainsäädännön perusteella tai jos asiakkaan kohtelusta on erilaisia säännöksiä. Laissa säädetty periaate koskee myös tilanteita, joissa on kyse valinnasta sosiaali- ja terveystalouden kesken. Tällöin arvioinnissa on otettava huomioon sekä hoidon että tuen tarve.

Sosiaalihuoltolain 14 §:n 2 momentin mukaisesti kunnallisina sosiaalipalveluina on huolehdittava esimerkiksi kehitysvammaisten erityishuollosta, vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, toimeentulotuen antamisesta kunnassa oleskelevalle henkilölle, sosiaalisen luoton myöntämisestä kunnan asukkaille, kuntouttavasta työtoiminnasta ja lastensuojelun järjestämisestä siten kun niistä erikseen säädetään, sekä lukuisista muista laissa mainituista tehtävistä. Osa sosiaalipalveluista sisältyy muiden hallinnon alan lakeihin. Esimerkiksi kuraattoripalveluista säädetään oppilas- ja opiskelijahuoltolaissa (1287/2013) ja perheasioiden sovittelusta avioliittolaissa (234/1929).

Osa erityislainsäädännön mukaista palveluista koskee henkilöitä, joita on vähän ja palveluja tarvitaan tämän vuoksi harvoin, mutta palveluihin liittyy kuitenkin erityisiä ja vaativia sekä monialaisia osaamisen vaatimuksia. Esimerkiksi vaativaa ja monialaista hoitoa ja palveluja tarvitsevien vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä tukemiseen keskittyvät palvelut edellyttävät usean alan erityisosaamista ja ovat lukumääräisesti harvoin esiintyviä. Tällaisia vaativia ja harvoin tarvittavia palveluja on tietyin edellytyksin mahdollista keskittää, jolloin voidaan paremmin varmistaa monialainen arviointi ja tuki niille asiakkaille ja heidän perheilleen, jotka tarvitsevat kaikkein vaativinta erityisosaamista ja erikoistumista edellyttäviä palveluita. Sosiaalipalvelujen kokoamisesta valtakunnallisesti ja alueellisesti muiden palvelujen yhteyteen tietyin ehdoin säädetään sosiaalihuoltolain 33 a §:ssä.

#### *Terveydenhuolto ja terveystalouden palvelut*

##### *Perusterveydenhuolto*

Perusterveydenhuollon palveluita annetaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Näistä terveyskeskus on ainoa kaikille avoin palvelukanava. Terveystalouden palveluihin kuuluvat lääkärivastaanoton lisäksi esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotto, terveystalouden neuvola- ja neuvolapalvelut, suun terveydenhuollon palvelut sekä päivystys. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut, jotka järjestetään kouluissa ja oppilaitoksissa. Palveluiden lisäksi terveyskeskuk-

sisä seurataan ja edistetään väestön terveyttä. Terveyskeskusten toiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa ja terveyskeskusten toiminnan järjestämisestä säädetään kansanterveyslaissa. Perusterveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu ovat pääsääntöisesti kunnalla.

#### *Erikoissairaanhoito*

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoidon palveluja annetaan sairaaloissa. Vaativimmista hoidoista vastaavat yliopistosairaalat tai sairaanhoitopiirien keskussairaalat. Yksityiset sairaalat täydentävät julkisia palveluita muun muassa tarjoamalla päiväkirurgisia leikkauksia. Kunnallisten sairaaloiden toiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa, ja sairaaloiden toiminnan järjestämisestä säädetään erikoissairaanhoitolaissa. Erikoissairaanhoidon järjestämis- ja rahoitusvastuu ovat pääsääntöisesti kunnalla.

#### *Päivystys*

Päivystyksessä annetaan potilaalle kiireellistä hoitoa hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Ympäri vuorokautinen päivystys järjestetään suurten terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteydessä. Kiireellisestä hoidosta ja päivystyksestä säädetään terveydenhuoltolaissa sekä kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erityisalakohdteisista edellytyksistä annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (782/2014).

#### *Työterveyshuolto*

Työterveyshuoltolain ja Suomea sitovien kansainvälisten sopimusten perusteella työnantajan velvollisuutena on järjestää kustannuksellaan työntekijöilleen työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Ehkäisevän työterveyshuollon lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoito- tai muita terveydenhuollon palveluita.

Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut itse tai yhdessä muiden työnantajien kanssa tai ostaa ne terveyskeskuksesta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Työnantaja valitsee työterveyshuollon palveluntuottajan eikä työntekijällä itsellään ole oikeutta valita palveluntuottajaa.

Työterveyshuollon järjestämisen kustannuksista työnantajalla on oikeus sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaiseen korvaukseen, joka perustuu työntekijäkohtaiseen enimmäismäärään ja joka rahoitetaan sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta.

#### 2.1.7 Palvelujen integraatio

Palvelujen integraatio tarkoittaa, että asiakkaan saama palvelu on eheä ja saumattomasti toteutettu kokonaisuus, jossa erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon keinoja ja osaamisia joustavasti yhdistetään asiakkaan palvelutarpeisiin vastaamiseksi mahdollisimman kustannustehokkaalla, laadukkaalla ja vaikuttavalla tavalla. Ihmisen näkökulmasta palvelu on tällöin oikea-aikaista ja siinä yhdistetään eri osaamisia ja palveluvalikoidun keinoja oikealla tavalla vaikuttavaksi kokonaisuudeksi ja ihminen pulmineen kohdataan yksilönä ja kokonaisuutena. Sujuvien kokonaisuuksien myötä asiakas ei joudu tai koe joutuvansa itse huolehtimaan tarvittavien hoitojen tai palvelujen saamisesta. Integraation avulla voidaan myös turvata palveluiden ja hoidon jatkuvuus.

Lakiehdotuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (HE 15/2017) oleva 13 § velvoittaa maakunnan tunnistamaan paljon palveluita käyttävät asiakkaat sekä huolehtimaan palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittämisestä. Paljon palveluita käyttävät asiakkaat ovat monesti sellaisia, jotka hyötyvät laaja-alaisesti yhteen sovitetuista palveluista ja erityisesti palveluista, joilla pystytään ennaltaehkäisemään tai koordinoimaan paremmin kustannuksiltaan raskaiden korjaavien palveluiden käyttöä. Arviolta kaikista eniten palveluita käyttävät asiakkaat, jotka hyötyvät merkittävästi laaja-alaisesti yhteen sovitetuista palveluista, muodostavat noin 3—10 % sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjistä. Lisäksi noin 20—30 % asiakkaista tulisi hyötymään palveluiden integraatiosta erityisesti sen vuoksi, että paremmalla integraatiolla kyettäisiin ehkäisemään asiakkaiden siirtyminen eniten palveluita käyttävien ryhmään.

Tällä hetkellä asiakas voi saada kunnan, kansanterveystyön kuntayhtymän tai yhteistoiminta-alueen järjestämiä perusterveydenhuollon palveluita, kunnan tai yhteistoiminta-alueen järjestämiä sosiaalihuollon palveluita, kuntayhtymän tuottamia erikoissairaanhoidon palveluita tai vammaispalveluita, palvelusetelillä tuotettavia palveluita, työterveyshuollon palveluita, Kelan korvaamia terveyspalveluita, asiakkaan kokonaan itse maksamia palveluita ja asiakkaan itse toteuttamia asioita (omahoito). Asiakasryhmätasolla sairaanhoitopiirit ovat laatineet diagnoosilähtöisiä hoitoketjuja. Jonkin verran on myös laadittu sosiaalihuollon palveluketjuja. Yksittäisen asiakkaan kohdalla on laadittu terveydenhuollon hoitosuunnitelmia ja sosiaalihuollon palvelusuunnitelmia sekä lukuisia muita sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön mukaisia suunnitelmia. Asiakkaan näkökulmasta palvelut eivät muodosta selkeää kokonaisuutta eikä palveluintegraatio toteudu. Erityisesti tilanteesta kärsivät paljon eri palveluita käyttävät asiakkaat. Käytännössä lähes kaikki tarvitsevat jossain elämänvaiheessa integroituja palveluita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiossa on kyse kahden erilaisen lähestymistavan ja erilaisten osaamisten yhteensovittamisesta. Tavoitteena on saada aikaan ehyempiä auttamisprosesseja tilanteessa, jossa asiakas tarvitsee sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja, joko rinnakkain tai peräkkäin. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimien yhteensovittaminen edellyttää erilaista yhteistyötä eri väestöryhmien palvelujen toteuttamisessa. Esimerkiksi lasten ja perheiden palveluissa palvelujen tulee muodostaa eheä kokonaisuus yli sektorirajojen. Keskeisiä yhteistyötahoja ovat neuvolat, päivähoito, koulu- ja nuorisotoimi. Lääkkäiden henkilöiden kohdalla luontevin toimija on usein terveydenhuolto, kun taas nuorten päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kohdalla tarvitaan myös opetustoimen ja työ- ja elinkeinohallinnon toimia. Tilanteiden ollessa monitahoisia, niiden ratkaisemiseksi on olennaista käynnistää nopeasti sektorirajat ylittävä, joustava yhteistyö. Yhteistyön onnistumisella on myös taloudellinen ulottuvuus.

Asiakaskeskeisyyden periaatteen mukaisesti integraatiota voidaan tarkastella sekä palveluiden käyttäjien näkökulmasta että asiakas- ja väestöryhmien näkökulmasta. Asiakas- ja väestöryhmien näkökulmasta palveluintegraatiossa sosiaali- ja terveyspalveluita sovitetaan yhteen kyseisen ryhmän tarpeita vastaaviksi kokonaisuuksiksi. Nämä asiakas- tai väestöryhmäkohtaisesti yhteen sovitettavat palvelut muodostavat palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja. Esimerkiksi päihde- ja mielenterveysasiakkaiden palvelut voidaan integroida palvelukokonaisuudeksi, johon kuuluvat kyseisen asiakasryhmän tyypillisesti tarvitsemat palvelut. Myös lasten ja lapsiperheiden yhteen sovitettavat palvelut ovat esimerkki palvelukokonaisuuksista. Palvelukokonaisuuksissa voi olla useita palveluita, joihin asiakkaalla voi olla jatkuva yhtäaikainen ja jopa pitkäkestoinen asiakkuus. Palveluketjuissa palvelut muodostavat kokonaisuuden, joissa määritellään siirtymiset palvelusta toiseen. Esimerkiksi lonkkaleikkaus ja leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus voidaan kuvata palveluketjunä, jossa potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta leikkauksen jälkeen kuntoutukseen ja sosiaalihuollon kotiin vietävien palvelujen piiriin ja perusterveydenhuollon hoitoon.

Palveluiden käyttäjien näkökulmasta tarkasteltaessa integraatio tarkoittaa yksittäisen asiakkaan palveluiden yhteensovittamista asiakkaan tarpeiden mukaisiksi kokonaisuuksiksi. Yksittäisen asiakkaan yhteen sovitettavat palvelut voivat koostua osaltaan asiakas- tai väestöryhmäkohtaisista palveluketjuista tai palvelukokonaisuuksista. Asiakaskohtaisessa palveluiden yhteensovittamisessa kuitenkin tarkastellaan, mitkä osat palveluketjun tai kokonaisuuden palveluista ovat tarkoituksenmukaisia asiakkaan palvelutarpeen perusteella ja mitä muita palveluita asiakas tarvitsee näiden lisäksi. Palvelutarpeen arviointiin perustuva asiakassuunnitelma on väline yksittäisen asiakkaan palvelujen integraation toteuttamiseen.

#### 2.1.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat

##### *Perusterveydenhuollon asiakkaat*

Vuonna 2014 terveyskeskuksen eri palveluja käytti noin 3,7 miljoonaa asiakasta. Terveyskeskuksen avosairaanhoidon palveluja (lääkäri- ja hoitajavastaanotot) käytti 2 750 000 asiakasta. Lapset käyttivät eniten neuvolapalveluja, työikäisen väestön käynnit kohdistuvat avosairaanhoitoon, työterveyshuoltoon ja äitiysneuvolapalveluihin, ja vanhimmissa ikäryhmissä kotisairaanhoito oli merkittävin palvelumuoto.

Terveyskeskukset antoivat palveluja käytännössä jokaiselle maamme 0–6-vuotiaalle. 7–14 vuotiaistakin vain hyvin pieni osa oli sellaisia, joilla vuoden aikana ei ollut lainkaan kontaktia terveyskeskuksen palveluihin. Lääkäripalvelujenkin käyttö oli kattavinta alle vuoden ikäisillä. Myös 1–6-vuotiaista lapsista yli 70 prosenttia oli vuoden aikana käynyt lääkärin vastaanotolla. Lääkäripalveluja oli vielä 7–14-vuotiasitakin käyttäneet vajaat 60 prosenttia. Viidennes tästä ikäluokasta oli käynyt yksityissektorilla.

Työikäisistä (25–64-vuotiaat) noin 40 prosenttia käytti terveyskeskuspalveluja. 25–64-vuotiaat ovat usein asiakkaina muualla kuin terveyskeskuksissa. Työnantajat tarjosivat sairaanhoitopalveluja osana 1,7 miljoonaa

nan henkilön työterveyshuoltoa. Siitä, kuinka moni heistä vuoden aikana käytti työterveyshuollon palveluja, ei ole tilastotietoa.

Ikäryhmässä 65—74-vuotiaat oli terveystieteiden palvelujen käyttäjiä hiukan yli 60 prosenttia, ja 85 vuotta täyttäneistä käyttäjiä oli 85 prosenttia. Yli kolmannes käytti Kelan korvaamia yksityislääkäripalveluja vielä 85 vuotta täytettyään. Sitä nuorempien, 75—84-vuotiaiden vastaava luku oli peräti 44 prosenttia.

Terveystieteiden vuodeosastohoidossa oli vuonna 2014 yhteensä noin 143 300 potilasta. Potilaiden keskimääräinen ikä oli 77 vuotta.

Terveystieteiden järjestämää suun terveydenhuoltoa sai vuoden 2014 aikana 1 825 652 asiakasta. Noin kaksi kolmasosaa heistä oli alaikäisiä. Yli 85-vuotiaista enää alle 20 prosenttia kävi suun terveydenhuollossa terveystieteiden keskuksessa. Kelan tilastojen mukaan yli 85-vuotiaista hiukan yli 20 prosenttia oli yksityisten hammaslääkärien asiakkaita. Koko väestöstä yli kolmannes sai yksityisiä hammaslääkäripalveluja.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen lokakuussa 2016 terveystieteiden vastaanotolla tehdyn asiakaspalautekyselyn mukaan pitkäaikaissairaista potilaista vain 50 prosenttia tapasi terveystieteiden keskuksessaan yleensä saman lääkärin ja vain 40 prosenttia saman hoitajan. Jatkuvuus muilla kuin pitkäaikaissairailta potilailla oli näitäkin lukuja huonompi.

#### *Erikoissairaanhoidon asiakkaat*

Vuonna 2014 erikoissairaanhoidossa hoidettiin 1,8 miljoonaa eri potilasta (ilman psykiatrian palveluja). Vuode-osastolla hoidettiin 640 000 potilasta. Erikoissairaanhoidon avopalveluissa kävi 1,7 miljoonaa eri potilasta. Kaikki ikäluokat käyttävät erikoissairaanhoidoa melko tasaisesti. Erikoissairaanhoidoa tarvitsevat elämänsä aikana käytännössä kaikki, ja vajaa kolmannes väestöstä on sen asiakkaana vuoden kuluessa. Tällainen on pysynyt vuosien saatossa vakaana. Noin 40 prosenttia asiakkaista saapuu sairaaloiden vuodeosastohoitoon päivystyksen kautta.

Suomessa 3 prosenttia asukkaista on vuoden aikana saanut psykiatrian erikoisalalan palveluja. Vuonna 2014 psykiatrisessa vuodeosastohoidossa oli 25 552 potilasta. Psykiatrisessa avohoidossa oli 160 615 potilasta ja käyntejä oli 1,9 miljoonaa. Vuodeosastohoidon hoitajaksoja oli keskimäärin 1,5 ja avohoidon käyntejä 11,6 potilasta kohti. Suurin osa psykiatrisen vuodeosastohoidon potilaista oli työikäisiä. Vuonna 2014 työikäisten (15—64-vuotiaiden) osuus oli 78 prosenttia. Yli 65-vuotiaita oli 15 prosenttia ja 0—14-vuotiaita 7 prosenttia kaikista vuodeosastohoidon potilaista.

#### *Ikääntyneiden palveluja saavat asiakkaat*

Vuoden 2014 lopussa ikääntyneiden palveluita sai 11 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä, 22 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja 44 prosenttia 85 vuotta täyttäneistä. Näihin palveluihin luetaan säännöllinen kotihoito, tavalinen ja tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja terveystieteiden vuodeosastojen pitkäaikaishoito. Kokonaisasiakasmäärä oli vuoden 2014 lopussa suurempi kuin 2000-luvun alussa, mutta palveluja käytti pienempi osuus ikääntyneistä.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli vuoden 2015 marraskuussa kaikkiaan 73 300. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 56 500 oli 75 vuotta täyttäneitä. Tämä oli 11,8 prosenttia koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Asiakkaista alle 65-vuotiaita oli 6 401. Kotihoidon asiakkaiden osuus on vuodesta 2000 jälkeen vaihdellut tasaisesti 11—12 prosentin välillä ikääntyneistä.

Laitos- ja asumispalvelujen 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita oli vuonna 2014 noin 57 000. Tässä ikäryhmässä ympärivuorokautisen palveluasumisen eli tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä oli 37 130, ja tavallisen palveluasumisen asiakkaita 4 698. Vanhainkotihoitossa oli 11 159 asiakasta ja terveystieteiden pitkäaikaishoidossa 2920.

#### *Muiden sosiaalihuollon palvelujen asiakkaat*

Toimeentulotuen asiakas on yleisin sosiaalihuollon palvelujen asiakas. Vuonna 2014 toimeentulotuen asiakkaista oli noin 390 000 henkilöä, eli 7 prosenttia väestöstä. Toimeentulotukea sai 250 000 kotitaloutta. Perustoimeentulotukea sai 233 639 ja täydentävää toimeentulotukea 102 342 kotitaloutta. Vuonna 2014 toimeentulotukea saavien väestöosuus oli suurin nuorilla aikuisilla. Iso osa toimeentulotukea saavista henkilöistä on samanaikaisesti myös sosiaaliturvan ja sosiaaliohjauksen palvelujen piirissä.

Vuonna 2014 lastensuojelun avohuollon asiakkaina oli 90 269 lasta ja nuorta. Huostassa oli 10 675 lasta vuonna 2014. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli kaikkiaan 17 958 lasta ja nuorta. Kiireellisesti sijoitettiin 3 773 lasta. Lastensuojeluilmoitus tehtiin 63 707 lapsesta. Lastensuojeluasiaina vireillä olleiden palvelutarpeen arvioinnin käsittely alkoi 98 prosenttisesti (39 459 kappaletta) lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa.

Kasvatus- ja perheneuvolan asiakkaaksi voi pääsääntöisesti hakeutua itse ilman lähetettä tai maksusitoumusta. Kasvatus- ja perheneuvolapalveluja on kunnissa joko sosiaali- tai terveydenhuollon palveluna tai kokonaan erillisenä palveluna. Asiakkaita oli vuonna 2014 48 500. Heistä 41 prosenttia oli kouluikäisiä. Aikuisia, 22 vuotta täyttäneitä, oli 35 prosenttia asiakkaista. Alle kouluikäisiä oli 19 prosenttia asiakkaista ja 16–21-vuotiaita 5 prosenttia.

Vuonna 2014 päihdehuollon avopalveluissa oli 0,85 prosenttia asukkaista. A-klinikoilla kävi 41 133 asiakasta ja nuorisoasemilla 5 423 asiakasta. Kuntien kustantamissa päihdehuollon katkaisuhuollon palveluissa asioi 11 675 asiakasta. Kuntouttavan päihdehoidon laitiasiakkaita oli 5 015. Päihdehuollon asumispalveluja käytti 4 008 asiakasta ja ensisuoja 2 228 asiakasta. Huumeiden käyttäjien matalan kynnyksen terveystieteissä asioi 14 300 asiakasta vuonna 2014. Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa oli 2 400 asiakasta. Päihdehuollon huumeiasiakkaat olivat pääosin miehiä (67 prosenttia) ja valtaosin 20–39-vuotiaita (79 prosenttia). Asunnottomia heistä oli 9 prosenttia.

Kuljetuspalvelu on asiakasmäärältään suurin vammaispalvelulain mukainen palvelu. Vuonna 2013 kuljetuspalvelua sai noin 101 800 asiakasta. Henkilökohtaisen avun asiakkaita oli vuonna 2013 noin 15 000. Henkilökohtaisen avun yleisin järjestämistapa oli henkilökohtainen avustaja -järjestelmä, jossa asiakas toimii henkilökohtaisen avustajan työnantajana. Vammaispalvelulain mukaista päivätöimintää sai yhteensä noin 1 500 asiakasta.

Kehitysvammaisten laitoshoidossa oli vuoden 2014 lopussa noin 1 241 asiakasta. Kehitysvammaisten autettujen asumisen asiakasmäärä oli noin 7 145 henkilöä. Alle 65-vuotiaille tarkoitettua muuta palveluasumista sai vuoden lopussa 2 521 asiakasta. Asiakkaista 77 prosenttia sai ympärivuorokautista hoitoa. Muu palveluasuminen tarkoittaa tässä ensisijaisesti vaikeavammaisille tarkoitettua palveluasumista.

Psykiatrian asumispalveluja sai vuoden 2014 lopussa 8 055 henkilöä. Asiakkaista 56 prosenttia sai ympärivuorokautista hoitoa.

Kuntouttavaan työtoimintaan osallistui vuonna 2013 arviolta 24 200 henkilöä, joista 5 200 oli alle 25-vuotiaita. Sosiaalisia luottoja myönnettiin vuonna 2013 kaikkiaan 1 053 henkilölle.

### 2.1.9 Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet

Perustuslain itsemääräämisoikeuteen liittyvien perusoikeussäännösten lisäksi yksilön aseman ja kohtelun kannalta keskeisiä ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jäljempänä potilaslaki ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki. Lait koskevat sekä julkista että yksityistä toimintaa.

Sosiaalihuollon asiakaslakia sovelletaan sosiaalihuollon kaikkiin palveluihin ja asiakasryhmiin. Sosiaalihuollon asiakaslain mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Laissa on myös säännöksiä asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu.

Asiakaslaki sääntelee myös tietojen antamista asiakkaalle. Lain mukaan sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. Selvitys on annettava niin, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen.

Jos asiakas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan palvelujensa suunnitteluun taikka ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja, on asiakkaan tahtoa säännösten mukaan selvitettävä yhdessä hänen laillisen edustajansa tai omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa. Alaikäisen asiakkaan toivomukset ja mielipide on selvitettävä ja otettava huomioon hänen ikänsä ja kehitystasonsa edellyttämällä tavalla. Kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon toimissa, jotka koskevat alaikäistä, on ensisijaisesti otettava huomioon alaikäisen etu.

Sosiaalihuollon järjestämisen tulee perustua viranomaisen tekemään päätökseen tai yksityistä sosiaalihuoltoa järjestettäessä sosiaalihuollon toteuttajan ja asiakkaan väliseen kirjalliseen sopimukseen. Laki velvoittaa laatimaan sosiaalihuollon asiakkaalle palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muun vastaavan suunnitelman, jollei kyse ole tilapäisestä neuvonnasta tai ohjauksesta tai jollei suunnitelman laatiminen ole muutoin ilmeisen tarpeellista.

Potilaslaissa säädetään potilaan kohtelusta ja itsemääräämisoikeudesta terveydenhuollossa. Potilaslain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Itsemääräämisoikeutta koskevat potilaslain säännökset ilmentävät tietoon perustuvan suostumuksen periaatetta. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Potilaslaissa säädetään potilaan tiedonsaantioikeudesta. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. Hoitoon tulee tällöin saada potilaan laillisen edustajan taikka lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. Tämän henkilön tulee suostumusta antaessaan ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto tai, jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen etunsa.

Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumuksesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Oikeuskirjallisuuden mukaan alaikäinen on kykenevä päättämään hoidostaan silloin, kun hänellä on asian laatuun nähden riittävä kypsyys, hänelle on annettu riittävä tieto eri hoitovaihtoehdoista ja niiden seurauksista, hän on harkinnut asiaa sen laatuun nähden huolellisesti ja hän on ilmaissut tahtonsa ilman pakkoa tai painostusta. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Tällöinkin lasta on kuultava ja hänen mielipiteensä on otettava huomioon hänen kehitysasteensa ja asian laadun edellyttämällä tavalla. Alaikäisen huoltajalla tai muulla laillisella edustajalla ei potilaslain 9 §:n 4 momentin mukaan ole oikeutta kieltää alaikäisen henkeä tai terveyttä uhkaavaa vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa.

#### 2.1.10 Kielelliset oikeudet perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumisessa

Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa kielen perusteella. Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Lisäksi perustuslaissa säädetään saamelaiden, romanien ja viittomakielisten sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien kielellisistä oikeuksista. Perustuslain 17 §:n 1 momentin mukaan jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimissa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla.

Kielilain (423/2003) mukaan viranomaisen tulee toiminnassaan oma-aloitteisesti huolehtia siitä, että yksityishenkilön kielelliset oikeudet toteutuvat käytännössä. Kaksikielisen viranomaisen tulee palvella yleisöä suomeksi ja ruotsiksi. Viranomaisen tulee sekä palveluksessaan että muussa toiminnassaan osoittaa yleisölle käyttävänsä molempia kieliä.



Terveydenhuoltolain 6 §:ssä, vanhuspalvelulain 8 §:ssä ja sosiaalihuoltolain 40 §:ssä säädetään kuntien ja sairaanhoitopiirien velvollisuudesta järjestää palvelut suomen ja ruotsin kielillä. Lisäksi potilaan ja asiakkaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilaisissa. Myös potilaslaissa sekä sosiaalihuollon asiakaslaissa olevat säännökset täsmentävät velvollisuutta järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja kielelliset oikeudet ja kulttuuritausta huomioiden.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvelvollisuuteen kuuluu, että saamenkielisille turvataan yhtä laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kuin valtaväestölle. Terveydenhuoltolakiin sisältyy lisäksi viittaus säännös oikeudesta käyttää saamen kieltä saamen kielilain (1086/2003) mukaisesti saamelaiden kotiseutualueella (Enontekiö, Inari, Sodankylä ja Utsjoki). Saamen kielilaisissa säädetään oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisten järjestämässä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Oikeus koskee myös viranomaisen toimeksiannosta, esimerkiksi ostopalveluja, tuotettuja palveluja. Laki ei kuitenkaan velvoita nykyisiä kuntia tai kuntayhtymiä taikka ehdotuksen mukaisia maakuntia järjestämään sosiaali- ja terveyspalveluja saamen kielellä, vaan kyseessä on oikeus käyttää saamen kieltä tietyin edellytyksin saamelaiden kotiseutualueen kunnissa ja tietyin edellytyksin myös kotiseutualueen ulkopuolella. Jos kunta tai kuntayhtymä ei pysty järjestämään omakielistä sosiaali- ja terveyspalvelua esimerkiksi sen vuoksi, ettei koulutettua ja saamenkieltä osaavaa ammattihenkilöä ole käytettävissä, asiakkaalla on oikeus saada tulkkausta kaikille kolmelle saamen kielelle (inarinsaame, kolttasaame ja pohjoissaame). Tällaisia kuntayhtymiä ovat esimerkiksi Lapin sairaanhoitopiiri ja Lapin erityishuoltopiiri. Asiakkaalla ja potilaalla on saamen kielilain mukaan oikeus saada hallintopäätökset omalla kielellään. Saamenkielisellä väestöllä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön, jotta kielen lisäksi heidän perinteiset tapansa ja elinkeinonsa tuleva asianmukaisesti huomioon otetuksi.

Romaneilla ei ole omaa kielilakia, mutta oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kulttuuriaan sisältyy perustuslain 17 §:n 3 momenttiin. Tutkimustulosten mukaan romanikieltä käyttää noin 30—40 prosenttia romaneista. Eniten kieltä käytetään kotona sekä sukulaisten ja ystävien kanssa. Viranomaisten kanssa asioidessaan romaniväestö käyttää suomen kieltä. Romaniväestön tapakulttuuri poikkeaa valtaväestön käytännöistä esimerkiksi puhtauskäsitusten suhteen, joten kulttuurisen ymmärryksen tarve korostuu erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla. Jos sosiaali- tai terveydenhuollon asiakas ei aisti- tai puhevamman tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärrettyksi, on palveluja annettaessa mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta.

Palveluja järjestettäessä on lisäksi huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäessään tarvittaessa asioida omalla, joko suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kielellä. Tällöin on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

### 2.1.11 Palveluihin pääsy

#### *Hoitoon pääsy*

Hoitoon pääsystä ja hoidon saatavuudesta säädetään terveydenhuoltolaissa. Lain 47 §:n mukaan henkilö voi valita, mistä kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta hän saa terveydenhuollon palvelut. Jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen muuttumatta. Edelleen lain 48 §:n mukaan henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen terveysaseman palvelujen saamiseksi. Lain 49 §:n mukaan potilaalla on myös mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa.

Lain 50 §:ssä säädetään kiireellisestä hoidosta. Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaisairaouden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä säädetään lain 51 §:ssä. Potilaan tulee voida saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveystieteelliseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteelliseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Erikoissairaanhoidon pääsystä säädetään lain 52 §:ssä. Sen mukaan sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuoltolain 53 §:n mukaan aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Terveydenhuoltolain 55§:n mukaan kunnan ja sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän on julkaistava internetissä tiedot 51—53 §:n mukaisista odotusajoista neljän kuukauden välein.

Hoitoon pääsyä koskevien säännösten lisäksi Suomessa on ollut käytössä valtakunnalliset yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet vuodesta 2005 alkaen. Niiden tarkoitus on ollut vahvistaa hoitoon pääsyä samantyyppisillä perusteilla asuinpaikasta riippumatta. Pääosa yhtenäisistä hoitoon pääsyn perusteista on käsitellyt lähettämistä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon hoitoon. Perusteita on täydennetty aika ajoin. Viimeisin sähköinen julkaisu on vuodelta 2010 (STM:n selvityksiä 2010:31). Perusteet eivät ole sisältäneet kiireellistä hoitoa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän uudistamaan yhtenäisiä hoidon perusteita ja hoitoon pääsyä koskevia periaatteita. Tarkoituksena on ensivaiheessa toteuttaa säästömuutokset siten, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä joustavoitetaan ja mahdollistetaan hoitoon pääsy myös sähköisen hoidon tarpeen arvioinnin ja sähköisen ajanvarauksen kautta. Hoidon saatavuus -alatyöryhmän kokoamasta muistiosta on tehty lausuntoyhteenveto.

#### *Hoitoon pääsyä koskevat tilastot*

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää tietoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä. THL:n vuoden 2015 lopussa julkaisemien perusterveydenhuollon tietojen mukaan lokakuussa 2015 lääkärin avosairaanhoidon käynneistä kahdessa prosentissa odotettiin vastaanotolle pääsyä yli kolme kuukautta. Lääkärin avosairaanhoidon kiireettömistä vastaanottokäynneistä 48 prosenttia toteutui viikon kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Hoitajan kiireettömälle avosairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsyä odotettiin yli kolme vuorokautta 32 prosentissa käynneistä ja yli kolme kuukautta alle prosentissa käynneistä. Saman tilaston mukaan perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä 58 prosenttia tapahtui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Yli kuusi kuukautta hoitoon pääsyä odotettiin noin viidessä prosentissa kaikista hammaslääkärikäyntitietonsa toimittaneista terveystieteellisistä. Noin 50 prosenttia käynneistä suuhygienistin luona

toteutui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Seitsemässä prosentissa käynneistä odotusaika oli yli 91 päivää.

### *Sosiaalihuollon palveluihin pääsy*

Sosiaalihuollon palvelujen piiriin pääsystä säädetään sosiaalihuoltolaissa. Lain 33 §:ssä säädetään, että yleiset kunnalliset sosiaalipalvelut on toteutettava siten, että ne soveltuvat kaikille asiakkaille. Tarvittaessa avun ja tuen tarpeessa oleva ihminen on ohjattava erityispalvelujen piiriin. Palvelut on lähtökohtaisesti toteutettava siten, että niihin on mahdollista hakeutua oma-aloitteisesti riittävän aikaisessa vaiheessa.

Tiedot siitä, minkälaisia sosiaalipalveluja on mahdollista saada, miten niitä voi hakea ja mitkä ovat palvelujen saamisen perusteet, on julkaistava helposti saavutettavalla ja ymmärrettävällä tavalla.

Lain 29 §:ssä säädetään siitä, että sosiaalipäivystys on järjestettävä ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välittömän avun turvaamiseksi. Sen mukaan päivystys on toteutettava siten, että palveluun voi saada yhteyden ympäri vuorokauden.

Lain 34 §:n mukaan sosiaalihuoltoasia tulee vireille hakemuksesta tai kun kunnan sosiaalityöntekijä on muutoin tehtävässään saanut tietää mahdollisesti sosiaalipalvelujen tarpeessa olevasta henkilöstä.

Oikeus sosiaalihuollon palveluihin perustuu lain 36 §:n mukaiseen palvelutarpeen arviointiin. Avun tarve on kiireellisissä tapauksissa arvioitava välittömästi. Palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä. Arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta, jos henkilö on yli 75-vuotias tai henkilö saa vammaisuuksista annetun lain mukaista ylintä hoitotukea. Erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja arvioinnin on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta.

Palvelutarpeen arviointia on täydennettävä asiakkaalle laadittavalla 39 §:n mukaisella asiakassuunnitelmalla, ellei sen laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta. Palvelutarpeen arvioinnissa todettuihin ja asiakassuunnitelman palvelutarpeisiin vastaavista palveluista on asiakkaalle tehtävä kirjallinen päätös siten kuin lain 45 §:ssä säädetään. Asian käsittelemisestä ja päätöksenteosta säädetään lisäksi hallintolaissa. Myös erityislainsäädännössä on palvelun saamiseen liittyviä säädöksiä. Esimerkiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain 7 §:ssä säädetään palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta siten, että kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön sosiaalipalvelut sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan sellaisina kun kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky edellyttävät. Palvelut on myös järjestettävä niin, että ne ovat kunnan ikääntyneen väestön saattavissa yhdenvertaisesti.

### 2.1.12 Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa

#### *Valinnanvapaus sosiaalihuollossa*

Valinnanvapaudella tarkoitetaan sosiaali- tai terveydenhuollon asiakkaan oikeutta vaikuttaa siihen, missä häntä tai hänen asioitaan hoidetaan.

Sosiaalipalveluja järjestetään asiakkaan kanssa yhteistyössä tehdyn palvelutarpeen arvioinnin mukaisesti. Tuen tarpeet ja niihin vastaavat palvelut, jotka kunnan on järjestettävä, on määritelty sosiaalihuoltolaissa. Asiakkaan mahdollisuudesta osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen säädetään sosiaalihuollon asiakaslaissa. Sosiaalihuollon palvelujen järjestämisestä tehdään hallintopäätös. Asiakasta on muun muassa kuultava ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä hallintolain ja sosiaalihuollon asiakaslain mukaisesti. Sosiaalihuoltolain keskeisenä periaatteena on, että sosiaalihuoltoa koskevia päätöksiä ja ratkaisuja tehtäessä ja sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan etu.

Sosiaalihuoltolaissa ei ole säännöksiä asiakkaan oikeudesta valita sosiaalihuollon toteuttajaa. Asiakkaalla on oikeus kuitenkin osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Toisaalta lailla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä on lisätty asiakkaan valinnan mahdollisuuksia. Palveluseteli on nykyisin käytössä iäkkäiden, vammaisten sekä lasten ja perheiden palveluissa sekä omaishoidossa. Valinnanvapaus on lähtökohtana myös vammaispalvelulain mukaisen henkilökohtaisen avun järjestämisessä etenkin työnantajamallissa (asiakas on työnantaja, joka palkkaa valitsemansa avustajan ja käyttää direktio-oikeutta siinä avussa, jota saa) sekä palvelusetelillä järjestetyssä henkilökohtaisessa avussa.

Sosiaalihuoltolain 60 §:ssä säädetään toisen kunnan sosiaalipalvelujen ja hoitopaikan hakemisesta. Se, joka haluaa muuttaa toisen kunnan asukkaaksi, mutta ei ikänsä, vammaisuutensa tai muun sellaisen syyn vuoksi kykene asumaan siellä itsenäisesti, voi hakea tämän kunnan sosiaalipalveluja ja hoitopaikkaa samoin perustein kuin jos olisi kunnan asukas. Kunnan tulee käsitellä hakemus, arvioida hakijan palvelutarve yhteistyössä tämän kotikunnan kanssa ja tehdä asiassa päätös.

Lisäksi kotitalousvähennystä koskevat säännökset mahdollistavat asiakkaalle tietynlaisen valinnanvapauden. Asiakkaalla on mahdollisuus saada verovähennys tietyistä sosiaalihuoltolaissa sosiaalipalveluiksi määritellyistä palveluista, lähinnä kotipalveluista ja niihin sisältyvistä tukipalveluista silloin kun palvelun tuottaa yksityinen ammatinharjoittaja tai yritys. Verovähennykseen oikeuttavia palveluja ovat kotitaloustyön väliaikaisesta verotuesta annetun lain (728/1997) mukaan muun muassa tavanomainen kotitaloustyö ja tavanomainen hoiva- ja hoitotyö.

#### *Valinnanvapaus terveydenhuollossa*

Terveydenhuollossa valinnanvapaus koostuu kansallisesta valinnanvapaudesta ja valinnanvapaudesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa, jota sääntelevät EU-säännökset ja laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta (1201/2013). Valinnanvapauden sisältö vaihtelee riippuen siitä, onko kyse julkisesta terveydenhuollosta, sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavasta yksityisestä terveydenhuollosta vai rajat ylittävästä terveydenhuollosta.

Terveydenhuoltolain mukainen valinnanvapaus koskee kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa. Kiireellistä hoitoa on annettava potilaalle hänen asuinkunnastaan riippumatta.

Potilas voi valita kaikista Suomen julkisista terveysasemista terveysaseman, joka vastaa hänen perusterveydenhuollon palveluistaan. Terveysasemaa voi vaihtaa kirjallisella ilmoituksella aikaisintaan vuoden välein. Jos henkilö oleskelee pidempiä aikoja kotikuntansa ulkopuolella esimerkiksi kesämökillä, hän voi saada hoitosuunnitelmansa mukaista hoitoa väliaikaisen asuinkuntansa terveysasemalta vastuun hoitosuunnitelman mukaisen hoidon toteutumisesta säilyessä valitulla terveysasemalla. Näissä tilanteissa potilaalla on oikeus käyttää myös väliaikaisen asuinkuntansa mukaisia erikoissairaanhoidon palveluita hoitosuunnitelman mukaisen erikoissairaanhoidon toteuttamiseen.

Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää kotisairaanhoitoa oman alueensa ulkopuolella. Lisäksi poikkeuksen maanlaajuisesta valintaoikeudesta muodostavat koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä pitkäaikainen laitoshoido (terveydenhoitolain 48 §:n 1 mom.). Lapsen ja nuoren edun mukaiseksi on katsottu koulunkäynnin fyysisen paikan ja opiskeluhuollon muodostama kokonaisuus siten, ettei koulu- tai opiskeluterveydenhuolto eriydy valinnan mahdollisuuden kautta opiskeluhuollon kokonaisuudesta. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleva henkilö voi puolestaan hakea hoitopaikkaa toisen kunnan alueelta sosiaalihuoltolain 60 §:n perusteella.

Kiireettömän erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon hoitopaikka valitaan yhdessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Valintamahdollisuus koskee koko maan kunnallisia erikoissairaanhoidon toimintayksiköitä. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.

Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa potilaalla on mahdollisuus valita häntä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö hoitopaikan toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa.

Julkista terveydenhuoltoa täydentävät sairausvakuutuslain perusteella sairaanhoitovakuutuksesta maksettavat yksityisen terveydenhuollon korvaukset, joita maksetaan lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista. Sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmässä asiakas voi itse valita hoitopaikan ja terveydenhuollon ammattihenkilön. Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että kyse on tarpeellisesta sairaanhoidosta. Tarpeellisena pidetään yleisesti hyväksytyn, hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa. Ennalta ehkäisevää hoitoa ei korvata sairausvakuutuksesta lukuun ottamatta suun terveyttä edistäviä toimenpiteitä hammashoidossa. Lisäksi edellytetään, että hoidon antaneella tai tutkimuksen tehneellä lääkärillä tai hammaslääkärillä tai sairausvakuutuslain mukaisella muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oikeus harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä. Yksityisen terveydenhuollon käytöstä maksettavien sairaanhoitokorvausten korvaustaso on kuitenkin valtionalouden säästöjen vuoksi laskenut niin alhaiseksi (keskimäärin 15 prosenttia), etteivät korvaukset enää aidosti mahdollista valinnanvapauden toteutumista, jos potilas ei ole valmis itse maksamaan suurinta osaa kustannuksista.

### *Rajat ylittävä terveydenhuolto*

Terveyspalvelujen valinnanvapaus ulottuu myös Suomen rajojen ulkopuolelle. Sairaanhoidon saamista toisessa EU- tai ETA-maassa tai Sveitsissä ja kustannusten korvaamista säännellään EU-asetuksissa sosiaaliturvan koordinoinnista, potilaiden oikeuksista rajat ylittävässä terveydenhuollossa annetussa direktiivissä (potilasdirektiivi) sekä laissa rajat ylittävästä terveydenhuollosta (ns. rajalaki).

EU-lainsäädäntö turvaa oikeuden saada toisessa EU- tai ETA- maassa tai Sveitsissä lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa tilapäisen oleskelun aikana sekä oikeuden hakeutua varta vasten hoitoon. Kansallisen lainsäädännön perusteella määräytyvä korvaus ulkomailla annetusta hoidosta vaihtelee sen mukaan, onko kyse äkillisestä sairastumisesta vai hoitoon hakeutumisesta. Tilapäisen oleskelun aikana annetun lääketieteellisesti välttämättömän hoidon saa EU- ja ETA-maissa sekä Sveitsissä kyseisen maan asiakasmaksuilla, jos käytössä on eurooppalainen sairausvakuutuskortti. Muussa tapauksessa hoito korvataan jälkikäteen joko kohtamaan lainsäädännön mukaisesti tai sen mukaan, mitä vastaavan hoidon antaminen olisi maksanut Suomessa julkisessa terveydenhuollossa. Jos toiseen EU- tai ETA-valtion tai Sveitsiin hakeudutaan varta vasten hoitoa hakeamaan, hoidon kustannuksista voi jälkikäteen saada Suomessa sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen.

### *Valinnanvapauden tietopohja ja kansalaisille tarjottava tieto*

Valinnanvapauden toteuttamiseksi tarvittavaa tietoa ei ole nykyisin saatavissa yhteneväisesti esimerkiksi terveysaseman valinnassa. Jotta valinta olisi informoitu ja palvelisi asiakkaan tarpeita parhaiten, tulisi asiakkaan saatavilla olla palveluntuottajaan liittyvät perustiedot, palvelun sijainti, palvelujen saatavuus, hoidon laatuun liittyvät arviot ja käyttäjien antama palaute palvelun toimivuudesta.

Palveluyksiköitä ja näiden tarjoamia palveluja koskevia tietoja on kerätty lukuisiin palveluhakemistoihin. Näitä on syntynyt muun muassa palveluseteliin liittyvien tietojärjestelmien rakentamisen yhteydessä, kuntien tai kuntayhtymien kehittämishankkeissa sekä kansallisessa kehittämisessä esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen palveluhakemiston ja palveluvaa'an yhteydessä. Esimerkiksi hoidon saatavuutta koskevia tietoja on julkaistu ainoastaan terveysasemien osalta julkisessa tietoverkossa yksittäisten kuntien toimesta. Kansalaisten on käytännössä hankalaa vertailla lähialueen terveysasemia. Laatuun ja saatavuuteen liittyvää tietoa on kerätty myös kansallisesti, mutta tietoa ei ole julkaistu vielä kattavasti. Tulevaisuuden kehittämissuunnitelmissa on hoidon saatavuutta ja jonotusaikoja koskevien tietojen julkaiseminen tarkemmalla tasolla osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämää palveluvaakaa.

#### 2.1.13 Palveluseteli sosiaali- ja terveydenhuollossa

Palvelusetelistä säädetään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009), jota sovelletaan kuntien järjestämiin sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Palveluseteli on yksi kuntien käytettävissä olevista palveluiden järjestämistavoista. Mikäli kunta järjestää palveluja palvelusetelillä, kunta osoittaa talousarviossa ja -suunnitelmassa voimavarat palvelusetelillä järjestettäviin palveluihin. Lisäksi kunta hyväksyy palvelusetelin toimintaperiaatteet kunnassa kuten, mihin palveluihin palveluseteliä käytetään, mikä on palvelusetelin arvo, missä laajuudessa ja mistä lukien palveluseteli otetaan käyttöön.

Kunta hyväksyy ne yksityiset palvelujen tuottajat, joiden palvelujen maksamiseen asiakas voi käyttää kunnan myöntämää palveluseteliä. Kunta voi joko hyväksyä kaikki hyväksymisedellytykset täyttävät palveluntuottajat tai rajoittaa palveluntuottajien määrää kilpailuttamalla palveluntuottajat julkisista hankinnoista annetun lain mukaisesti esimerkiksi laadullisilla perusteilla. Käytettäessä palveluseteliä palvelujen järjestämistapana ei kunnan ja palveluntuottajan välille muodostu sopimussuhdetta.

Asiakkaan palvelun saannin edellytysten arvioinnin yhteistyössä asiakkaan kanssa suorittaa kunta, joka tekee myös päätöksen palvelun järjestämisestä. Palvelun järjestäminen perustuu sosiaalihuollossa hallintopäätökseen ja terveydenhuollossa hoitopäätökseen. Asiakkaalle voidaan myöntää palveluseteli palveluissa, joissa se on käytössä. Palvelusetelin saatuaan asiakkaalla on oikeus palveluntuottajan valintaan kunnan hyväksymien palveluntuottajien joukosta.

Kunnan tulee määrätä palvelusetelin arvo siten, että se on asiakkaan kannalta kohtuullinen. Kohtuullisuutta arvioitaessa on otettava huomioon kustannukset, jotka aiheutuvat kunnalle vastaavan palvelun tuottamisesta omana tuotantona tai hankkimisesta ostopalveluna sekä asiakkaan maksettavaksi jäävä arvioitu omavastuuosuus. Palvelusetelin arvo voi olla tasasuuruinen tai se voi olla riippuvainen asiakkaan tuloista. Tulosidonnaisen palvelusetelin arvosta on annettava päätös asiakkaalle. Ellei kyseessä ole asiakkaalle asiakasmaksu-

lain mukaan maksuton palvelu, asiakas maksaa palvelusetelillä saamastaan palvelusta omavastuuosuuden, eli palvelun hinnan ja palvelusetelin arvon erotuksen.

Asiakas voi kieltäytyä hänelle myönnetystä palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet muilla tavoin järjestettävien palvelujen piiriin. Asiakkaalla ei ole oikeutta vaatia palvelua järjestettäväksi palvelusetelillä.

Palvelusetelin saanut asiakas tekee palveluntuottajan kanssa sopimuksen palvelun antamisesta. Tätä sopimussuhdetta koskevat kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset ja oikeusperiaatteet.

#### *Kuntaliiton kysely palvelusetelin käytöstä*

Suomen Kuntaliitto teki keväällä 2015 kyselyn palvelusetelin käytöstä sosiaali- ja terveystalouksissa ja päihähoitossa (Selvitys palvelusetelien käytöstä kuntien ja yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystalouksissa sekä lasten päihähoitossa - tilanne vuoden 2015 toukokuussa). Kyselyyn vastasi yhteensä 167 kuntaa ja yhteistyöaluetta, joihin sisältyi yhteensä 230 kuntaa. Tämä kattaa 76 prosenttia kaikista kunnista ja 89 prosenttia Manner-Suomen väestöstä. Vastaajista kolmella neljäsosalla oli käytössään palveluseteli.

Sosiaalipalvelujen osalta palveluseteliä käytettiin yleisimmin kotipalvelussa, omaishoitajan vapaan aikaisissa palveluissa, kotipalveluiden tukipalveluissa sekä sosiaalihuoltolain mukaisessa tehostetussa palveluasumisessa. Palvelusetelien määrää suunniteltiin laajennettavan eniten juuri sosiaalipalveluissa. Terveystalouden osalta eniten palvelusetelitä oli käytössä perusterveydenhuollossa. Siellä palveluseteliä käytettiin yleisimmin kotisairaanhoidon palveluissa, terapiapalveluissa, lääkärin vastaanotto toiminnassa ja vähemmässä määrin apuvälineissä ja tutkimuksissa. Suun terveydenhuollossa palveluseteliä käytettiin hammaslääkärin vastaanotto toiminnassa ja suuhygienistin vastaanotto toiminnassa. Erikoissairaanhoidossa palvelusetelien käyttöalueet olivat erikoislääkärin vastaanotto toiminta, leikkaukset ja muut toimenpiteet, tutkimukset, terapiapalvelut ja apuvälineet. Kyselyyn vastanneet pitivät tärkeänä, että palveluseteli vaihtoehtona kilpailuttamiselle turvataan jatkossakin, eikä hyviä palvelusetelikäytäntöjä romuteta tulevassa sote-uudistuksessa.

#### 2.1.14 Henkilökohtainen budjetointi

Henkilökohtaisella budjetoinnilla tarkoitetaan palvelujen järjestämisen tapaa, jossa palvelujen käyttäjä on keskiössä suunnittelemassa oman elämänsä kannalta tarpeellisia, mielekkäitä ja tarkoituksenmukaisia palveluja.

Henkilökohtaisessa budjetoinnissa palvelujen käyttäjälle muodostetaan hänen avun ja tuen tarpeidensa sekä tuen ja palvelujen kustannusten pohjalta määritetty henkilökohtainen budjetti. Henkilökohtainen budjetti on yksinkertaistettuna maksusitoumus tai rahasumma, jolla henkilön palvelut on mahdollista järjestää yksilöllisesti, palvelujen käyttäjän toiveiden, tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti.

Määrittelemällä henkilökohtainen budjetti määritellään taloudellinen resurssi, joka on käytettävissä tietyn henkilön palvelujen järjestämiseen. Käytettävissä olevan resurssin puitteissa voidaan suunnitella, miten resurssi olisi mielekästä käyttää, jotta palvelut vastaisivat henkilön tarpeita sekä toteuttaisivat hänen valinnanvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan hänen oman näkemyksensä ja toiveidensa mukaisesti.

Eri maissa käytössä olevissa henkilökohtaisen budjetoinnin malleissa käyttäjä voi huolehtia budjetistaan eli palvelujen hankkimisesta ja budjetin hallinnoinnista itse, tai hän voi nimetä haluamansa henkilön tai muun toimijan huolehtimaan henkilökohtaisesta budjetistaan. Myös kunta tai muu palvelun järjestämisestä vastaava taho voi toimia henkilölle määritellyn henkilökohtaisen budjetin hallinnoijana. Eri hallinnointitapojen yhdistelmät ovat myös mahdollisia.

Henkilökohtaista budjetointia toteutetaan muun muassa Alankomaissa, Belgiassa, Saksassa, Iso-Britanniassa, Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa. Suomessa henkilökohtaisesta budjetoinnista ei ole säädetty lain-säädännössä. Suomessa henkilökohtaista budjetointia on kokeiltu järjestöjen ja kuntien sekä kuntayhtymien (muun muassa Eksote) yhteisissä hankkeissa eräissä vammaispalveluissa, omaishoidon tuessa ja kotihoidossa. Vammaisjärjestöistä etenkin kehitysvamma-alan järjestöt ovat tuoneet mallia esiin muiden vammaisjärjestöjen ollessa pidettyjä. Suomen hankkeissa ei ole kokeiltu rahan siirtämistä palvelujen käyttäjälle, koska tämä ei ole nyky-lainsäädännön pohjalta kunnille mahdollinen järjestämistapa eikä budjetin suhdetta verotukseen ole ratkaistu. Kuitenkin muutamille hengityslaittepotilaille on heidän hoidostaan vastaava sairaanhoitopiiri myöntänyt käyttöön asiakastilille hallinnoitavaksi rahasumman, jolla henkilö on palkannut henkilökohtaan kuten avustajia. Vastaavasti jotkut kunnat ovat järjestäneet paljon palveluja tarvitsevien vammaisten henkilöiden tai vammaisten lasten perheiden palvelut ja tuet räätälöidyillä ratkaisuilla. Perhe on esimerkiksi voinut itse palkata haluamansa hoitajat perheeseen.

Elementtejä, joilla pyritään samoihin tavoitteisiin kuin henkilökohtainen budjetointi, on nykyään mukana muun muassa sääntelyssä, joka koskee palvelu- ja asiakassuunnittelua, vammaispalvelulain mukaista henkilökohtaista apua sekä palveluasumista, omaishoitoa sekä Kelan vammaisetuuksia. Lähtökohtaisesti jo nykyinen vammaispalveluja koskeva lainsäädäntö sisältää säännökset, joiden mukaan vammaisen henkilö voi saada tarvitsemansa avun ja palvelut yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti.

Kansainvälisen kokemuksen mukaan henkilökohtaisen budjetoinnin järjestelmän luomisessa on olennaista se, miten ja millä reunaehdoilla järjestelmä rakennetaan. Keskeistä on myös huolehtia siitä, että asiakas saa riittävästi tukea budjetin käytössä sekä palvelujen hankinnassa sen avulla.

#### 2.1.15 Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet

Yksityisten palvelujen antajien rekisterissä oli vuoden 2015 lopussa luvanvaraisten sosiaalipalvelujen tuottajia 1 264 ja toimintayksiköitä 2 249. Ilmoituksenvaraisten sosiaalipalvelujen tuottajia oli 3 120 ja toimintayksiköitä 4 604. Luvanvaraisten terveydenhuollon palvelujen tuottajia oli 5 063 ja toimipaikkoja 12 331. Terveydenhuollon itsenäisiä ammatinharjoittajia oli rekisterissä 15 810 ja heillä 21 963 toimipaikkaa. On huomioitava, että lukuihin sisältyy myös sellaiset edelleen rekisterissä olevat palveluntuottajat ja itsenäiset ammatinharjoittajat ja niiden toimipaikat, joiden toiminta on jostakin syystä keskeytynyt tai joiden toiminta on päättynyt, mutta palveluntuottaja ei ole ilmoittanut lopettamisesta.

Yksityisten palvelujen antajien rekisteristä saatavia tilastotietoja tulkittaessa on otettava huomioon, että ilmoituksenvaraisen toiminnan osalta edellä esitetyt lukumäärätiedot ovat suuntaa antavia. Lisäksi on otettava huomioon, että rekisterissä olevien toimipaikkojen ja toimintayksiköiden määrän kasvu pelkästään ei kerro toiminnan tai liikevaihdon määrästä tai kasvusta. Erityisesti yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajien lupahakemusten määrä on kasvanut sähköisen lääkemääräyksen käyttöön oton edellyttäessä rekisteröitymistä yksityisten palvelujen antajien rekisteriin.

Yksityissektorin osuus tuotetuista sosiaali- ja terveystalvetuista on kasvanut merkittävästi viime vuosina. Yksityisen toiminnan tuotos eli vuoden aikana tuotettujen palvelujen arvo oli 24,4 prosenttia terveydenhuollon kokonaistuotoksesta vuonna 2014. Sosiaalipalveluissa vastaava osuus oli 66 prosenttia. Yksityisen terveydenhuollon palvelutuotannon kasvu on painottunut yritystoimintaan. Myös sosiaalipalveluissa yritystoiminnan tuotososuus ohitti järjestöjen palvelutuotannon määrän vuonna 2014 (yksityisen osuus 18 prosenttia, järjestöjen 16 prosenttia).

Terveydenhuollossa suurin osa yksityisestä toiminnasta on ollut jo aiemmin yritystoimintaa. Järjestömuotoisella palvelutuotannolla on ollut merkitystä vain kuntoutuspalveluissa ja muussa laitoshoidossa. Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n mukaan terveystalvetuista tuotti noin 15 740 yritystä vuonna 2011. Yksityinen toiminta on keskittynyt suuriin yrityksiin. Lääkäriasema- ja yksityislääkäritoiminnassa 13—14 suurimman yrityksen markkinaosuus oli 50—60 prosenttia. Hammaslääkäripalveluissa, laboratorio- tutkimuksissa ja ensihoidon palveluissa 2—3 suurimman yrityksen markkinaosuus oli työllisyydellä mitattuna noin 30 prosenttia vuonna 2011. Sosiaalipalvelujen osalta yritystoiminta keskittyy asumispalveluihin.

Kunnat ostavat osan järjestämistä vastuunsa piiriin kuuluvista sosiaali- ja terveystalvetuista yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Sosiaalipalvelujen osalta yksityisten asiakaspalvelujen arvo oli vuonna 2015 kunnissa ja kuntayhtymissä 2,3 miljardia euroa viiden prosentin piilevä arvonlisävero mukaan lukien. Summa oli noin 24 prosenttia kuntien sosiaalipalvelujen käyttökustannuksista. Osuus oli laitoshoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asumispalveluissa 1 miljardi euroa ja muissa avohuollon palveluissa noin 1,2 miljoonaa euroa. Ostot kuvaavat yksityisille palveluntuottajille maksettua rahavirtaa sosiaalihuollon lopputuotepalveluista (asiakaspalvelut), eivätkä ne sisällä kuntayhteisöjen omaan palvelutuotantoon hankittuja välituotepalveluja, palvelusetelimenoja tai maksusitoumuksia. Julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMA:n tilastojen mukaan hankintasäännösten alaisten sosiaalipalvelujen ennakoitu tai toteutunut arvo oli noin 1,5 miljardia euroa vuonna 2012. Summa ei sisällä suorahankintoja eikä julkisten hankintojen kansalliset kynnyksarvot alittavia alle 100 000 euron hankintoja. Runsaat 50 prosenttia hankintojen arvosta kohdistui palveluasumiseen ja vajaa 40 prosenttia lastensuojelupalveluihin.

Kuntien ja kuntayhtymien terveydenhuollon asiakaspalvelujen ostot yksityisiltä palvelujen tuottajilta olivat 516 miljoonaa euroa vuonna 2015 ilman piilevää viiden prosentin arvonlisäveroa. Summa oli viisi prosenttia kuntien terveydenhuollon käyttökustannuksista. Käyttökustannusosuus oli suurempi perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Asiakaspalvelujen ostot eivät kuitenkaan kata terveydenhuollon välituotepalvelujen tai tutkimuspalvelujen ostoja kuntien omaan palvelutuotantoon tai palvelusetelimenoja. HILMA:n hankintatilastojen mukaan hankintasäännösten alaisten julkisten hankintojen toteutunut tai ennakoitu arvo oli terveystalvetuissa 1,2 miljardia euroa vuonna 2012. Summa käsittää kuntayhteisöjen, Kelan ja Valtiokontto-

rin kilpailuttamat ostopalvelut ja ulkoistukset sekä julkisten työnantajaorganisaatioiden työterveyshuollon ostopalvelut pois lukien suorahankinnat ja kansalliset kynnyksarvot alittavat alle 100 000 euron pientankinnat.

Kuntien ja kuntayhtymien palvelusetelimenot vuonna 2015 olivat 208,5 milj. euroa. Tästä summasta hieman yli puolet on sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja loput lasten päivähoitoa. Kotihoidon palvelusetelimenot 19,1 milj. euroa, palveluasumisen palvelusetelimenot 66,1 milj. euroa, terveydenhuollon palvelusetelimenot 10,8 milj. euroa ja muut sosiaalihuollon palvelusetelimenot 25,0 milj. euroa.

Suomessa on useita kuntia, jotka ovat antaneet pääosan järjestämisvastuunsa piiriin kuuluvista sosiaali- ja terveyspalveluista yksityisten palvelujen tuottajien tuotettaviksi. Kaikkia sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen liittyviä tehtäviä ei voida antaa yksityisen hoidettavaksi. Tällaisia ovat esimerkiksi tehtävät, joihin liittyy julkisen vallan käyttöä.

#### *Järjestöjen tuottamat sosiaali- ja terveyspalvelut*

Valviran rekisteritietojen mukaan järjestöjä, jotka tuottavat sosiaali- ja terveyspalveluja joko suoraan itse tai omistamiensa yhtiöiden kautta, oli vuonna 2015 yhteensä 959. Palveluja suoraan itse tuottavia järjestöjä oli 930. Näistä 822 järjestöä tuotti sosiaalipalveluja, 207 terveyspalveluja ja 98 molempia palveluja. Palvelutuotantoa yhtiöittäneitä järjestöjä oli yhteensä 57, eli noin 6 prosenttia kaikista palveluja tuottavista järjestöistä. Yhtiöitettyjä sosiaalipalveluja oli noin 45 järjestöllä ja yhtiöitettyjä terveyspalveluja 33 järjestöllä. Yhtiöistä alle miljoonan euron liikevaihdolla toimivia oli 28 prosenttia ja suuria, yli 50 miljoonan euron liikevaihdolla toimivia yhtiöitä oli 3 prosenttia.

Sosiaalipalveluista järjestöt tuottivat itse ja yhtiöitettynä yhteensä eniten ympärivuorokautisia asumispalveluja, päivätoimintapalveluja, ei-ympärivuorokautisia asumispalveluja, sekä sosiaalialan muut palvelut -luokkaan kuuluvia palveluja. Sosiaalialan muut palvelut -luokka sisältää muun muassa avomuotoista perhe- ja päihdekuntoutusta, perhetyötä sekä sosiaalityöntekijän palveluita. Kohderyhmittäin tarkasteltuna sosiaalipalveluja tuotettiin eniten vanhuksille (22 prosenttia), lapsille ja nuorille (17 prosenttia) ja kehitysvammaisille (13 prosenttia).

Terveyspalveluista järjestöt tuottivat suoraan itse ja yhtiöitettynä yhteensä eniten fysioterapiapalveluja, sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja/tai kättilön palveluja, sekä muu terveydenhuollon toiminta -luokkaan kuuluvia palveluja. Muu terveydenhuollon toiminta -luokka sisältää muun muassa laboratorionäytteiden ottoa, psykologin toimintaa ja opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitoa.

Tilastokeskuksen vuoden 2015 toimipaikkarekisteritietojen mukaan koko maassa työskenteli järjestöjen suoraan itse tuottamissa sosiaalipalveluissa noin 26 200 henkilöä ja terveyspalveluissa noin 5 600 henkilöä. Järjestöjen yhtiöissä työskenteli sosiaalipalveluissa noin 4 600 henkilöä ja terveyspalveluissa noin 3 600 henkilöä. Ilman palvelualakohtaisia päällekkäisyyksiä järjestöjen sosiaali- ja terveyspalvelut työllistivät noin 37 500 työntekijää. Eniten palvelujen tuotanto työllisti Uudellamaalla, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla, eli järjestys noudattaa eniten työllistävien maakuntien osalta jotakuinkin maakuntien väkiluvun suuruusjärjestystä.

Vuonna 2015 palveluja suoraan itse tuottavista 930 järjestöstä 6 prosenttia (57 järjestöä) lopetti palvelujaan. Sosiaalipalveluja lopetti 39 järjestöä ja terveyspalveluja 20 järjestöä. Yksi palveluja lopettaneista järjestöistä tuotti molempia palveluja.

#### 2.1.16 Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät ja asiakastietojen käsittely

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen hallinnassa ja käsittelyssä sovelletaan henkilötietolakea (523/1999), lakia potilaan asemasta ja oikeuksista, lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007), lakia sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista (254/2015), lakia sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) ja terveydenhuoltolakea.

Asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskeva laki koskee julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakastietojen sähköistä käsittelyä ja valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluita. Lain perusteella rakennettu potilastiedon arkisto (Kanta) on palvelu, jonne terveydenhuollon yksiköt tallentavat potilastietoja omista tietojärjestelmistään tietoturvallisesti, ja josta tiedot ovat myös potilaan suostumuksella käytettävissä yli rekisterinpitäjärajojen. Potilastiedon arkistoa on rakennettu vaiheistettusti. Julkiset terveydenhuollon yksiköt ovat liittyneet palvelun käyttäjiksi ja myös osa yksityisistä organisaatioista on mukana. Tietosisällöt laajenevat vaiheittain. Jatkossa myös sosiaalihuollon asiakastiedot arkistoidaan Kanta-palveluun.



Omakanta-palvelun avulla kansalaiset voivat nähdä tiettyjä laissa määriteltyjä itseään koskevia potilasasiakirjoja sekä lääkemääräyksiä. Palvelun kautta on myös mahdollista hallinnoida asiakirjoihin liittyviä suostumuksia ja kieltoja, tallettaa tahdonilmaisuja, kuten elinluovutus- tai hoitotahto, sekä pyytää lääkemääräysten uusimista.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt rekisteröidään terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin (Terhikki) terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaisesti. Lain 24 c §:ssä säädetään julkisesta tietopalvelusta (JulkiTerhikki), jonka avulla määrättyjä ammattihenkilöihin liittyviä tietoja voi hakea julkisen tietoverkon välityksellä. Vastaavasti sosiaalihuollon ammattihenkilöt rekisteröidään sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaisesti sosiaalihuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin (Suosikki). Siihen liittyvästä julkisesta tietopalvelusta (JulkiSuosikki) säädetään lain 18 §:ssä.

#### *Kansalliset tietojärjestelmäpalvelut (Kanta-palvelut)*

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset tietojärjestelmäpalvelut on otettu laajamittaisesti käyttöön terveydenhuollossa. Kaikkiaan Kanta-palveluihin on liitetty noin 1 500 eri tietojärjestelmäinstanssia ja kansalaisen käyttöliittymää (Omakanta) on käyttänyt 1 765 120 henkilöä eli noin kolmannes väestöstä. Julkinen sektori on ottanut palvelut kokonaisuudessaan käyttöön ja yksityisen sektorin osalta sähköisen lääkemääräyksen on ottanut käyttöön 389 yksikköä ja potilastiedon arkiston 68 yksikköä. Kanta-palveluiden tietosisältö kasvaa jatkuvasti sekä lukumääräisesti että myös sisällön laajuuden näkökulmasta. Reseptikeskuksessa on noin 350 miljoonaa lääkemääräystä, toimitusta ja muuta sähköisen lääkemääräyksen toimintaan liittyvää asiakirjaa. Potilastiedon arkistossa on noin 500 miljoonaa asiakirjaa. Sähköinen lääkemääräys on käytössä noin 99 prosentilla väestöstä ja potilastiedon arkistoon on tallennettu liittymisten jälkeen syntyneitä tietoja siten, että se kattaa 98 prosenttia väestöstä. Tallennettava tietosisältö on hyvin rakenteista, mikä mahdollistaa tietojen jatkokäsittelyn ja hyödyntämisen eri tavoilla. Tietosisältöjen laajentumisen suhteen aktiivista kehitystyötä tehdään muun muassa ostopalvelujen, palvelusetelin, suun terveydenhuollon ja kuvantamisen toteutusten parissa.

Jatkossa Kanta-palveluihin viedään myös sosiaalihuollon asiakasasiakirjat. Palvelua ollaan rakentamassa parhaillaan ja käyttöönnotot alkavat 2018 helmikuussa. Asiakkaat pääsevät jatkossa näkemään heistä laadittavat sosiaalipalveluiden asiakasasiakirjat Omakannasta. Sosiaalihuollon Kanta-palvelujen toteutuksissa huomioidaan mahdollisimman kattavasti sosiaalihuollossa valinnanvapauden piiriin tulevien palveluiden tiedot ja tietojen saatavuutta edistävät toiminnallisuudet.

Kanta-palveluun rakennetaan myös sote-integraatiota tukevia yhteisiä palveluita, esimerkiksi järjestäjän ja tuottajan yhteistyötä koordinoiva asiakassuunnitelma.

#### 2.1.17 Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat säännökset

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden laillistamisen ja ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisen edellytyksistä, ammattihenkilöiden rekisteröinnistä, ohjauksesta ja valvonnasta säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa ja asetuksessa (559/1994, jäljempänä ammattihenkilölaki ja 564/1994, jäljempänä ammattihenkilöasetus). Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja palvelujen laatua terveydenhuollossa. Laki koskee sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa.

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, joka on ammattihenkilölain nojalla saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö) sekä henkilöä, jolla ammattihenkilölain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). Toimivaltainen viranomainen on Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Ammatinharjoittamisoikeuden saamiseen liittyvät vaatimukset riippuvat siitä onko henkilö suorittanut opinnot Suomessa, muussa Euroopan unioniin (EU) tai Euroopan talousalueeseen (ETA) kuuluvassa valtiossa vai EU- tai ETA -alueen ulkopuolella. Kun kyse on EU- tai ETA -valtiossa suoritetusta tutkinnosta, kansallinen lainsäädäntö perustuu Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviin 2005/36/EY, annettu 7 päivänä syyskuuta 2005, ammattipätevyyden tunnustamisesta.

Oikeudesta toimia sosiaalihuollon ammattihenkilönä säädetään laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015), joka on tullut voimaan 1.3.2016. Lain tarkoituksena on edistää sosiaalihuollon asiakkaan oikeutta laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon. Laki koskee sekä julkista että yksityistä sosiaalihuoltoa. Laissa on säännökset sosiaalihuollon keskeisten ammattiryhmien ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisestä, rekisteröinnistä, ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa sosiaalityöntekijän, sosionomin ja geronomin ammatteja laissa säädetyn tutkinnon

suorittaneille henkilöille. Lähihoitaja on sosiaalihuollossa nimikesuojattu ammattinimike samoin kuin terveydenhuollossa. Sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun valtioneuvoston asetuksen (153/2016) mukaan nimikesuojattuja ammattinimikkeitä ovat myös lähihoitajan tutkintoa edeltäneen kouluasteisen tutkinnon suorittaneet kodinhoitaja ja kehitysvammaistenhoitaja. Sosiaalihuollon ammattihenkilölain myötä sosiaalihuollon ammattihenkilöt ovat rekisteröinnin ja valvonnan suhteen samassa asemassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa.

#### 2.1.18 Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisina toimivat eduskunnan oikeusasiamies ja valtioneuvoston oikeuskansleri ylimpänä laillisuusvalvojina, sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), sekä aluehallintovirastot ja kunnat. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijalaitoksina toimivat Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos ja Säteilyturvakeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden oikeuksien toteutumista turvaavat myös potilas- ja sosiaaliasiamiesjärjestelmät.

Perustuslain 108 ja 109 §:n mukaan valtioneuvoston oikeuskanslerin ja eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävänä on valvoa, että tuomioistuimet ja muut viranomaiset sekä virkamiehet, julkisyhteisöjen työntekijät ja muutkin hoitaessaan julkista tehtävää noudattavat lakia ja täyttävät velvollisuutensa.

Muiden sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovien viranomaisten toimivallasta säädetään useissa eri laeissa. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Valvira ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena keskusvirastona aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa. Lisäksi Valvira ohjaa ja valvoo julkista ja yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat periaatteellisesti tärkeät tai laajakantoiset asiat, usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskevat asiat, tai asiat, joita aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään. Valviralle kuuluu myös useita muita erikseen säädettyjä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä lupa- ja valvontatehtäviä.

Aluehallintovirastolle kuuluu julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus ja valvonta toimialueellaan. Aluehallintovirastojen tehtävistä ja toimivallasta sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa säädetään paitsi sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa laeissa, myös aluehallintovirastoista annetussa laissa (896/2009) ja kuntalaissa.

Valviralle ja aluehallintovirastolle kuuluu myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden valvonta, josta säädetään laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä.

Kunnalla on ensisijainen vastuu järjestämistä vastuullaan olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laillisuudesta, laadusta ja asianmukaisuudesta. Kunnanvaltuuston valitsemat vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:n 1 momentissa ja kansanterveyslain 6 §:n 1 momentissa tarkoitetut monijäseniset toimielimet valvovat alaisensa viranhaltijoiden ja muun kunnallisen henkilöstön toimintaa. Kunnan ja kuntayhtymän omat toimintayksiköt vastaavat ensisijaisesti itse tuottamiensa palvelujen asianmukaisuudesta. Uuden sosiaalihuoltolain 47§ mukaisesti sosiaalihuollon toimintayksikön tai muun toimintakokonaisuudesta vastaavan tahon on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi.

Hankkiessaan palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta kunnalla ja kuntayhtymällä on velvollisuus varmistua siitä, että hankittavat palvelut vastaavat samaa tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Lisäksi yksityisillä palvelujen tuottajilla on vastuu antamiensa palvelujen laadusta.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovien viranomaisten ohella myös potilas- ja sosiaaliasiamiesjärjestelmillä sekä muistutusmenettelyllä on tärkeä rooli sosiaali- ja terveydenhuollon tosiasiallisessa valvonnassa, jossa asiakkaan tai potilaan käytössä ei ole hallintopäätöstä muutoksenhakumahdollisuuksineen. Sosiaalihuollon asiakaslain 24 §:n mukaan jokaisen kunnan on nimettävä sosiaaliasiamies. Potilasasiamies taas nimetään potilaslain 11 §:n mukaan jokaiselle terveydenhuollon toimintayksikölle. Potilas tai asiakas voi tehdä muistutuksen sekä julkisen että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta. Terveydenhuollon osalta muistutus tehdään toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle ja sosiaalihuollon osalta toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle.

Muistutuksen ohella asiakas tai potilas voi tehdä hallintokantelun sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. Sosiaalihuollon asiakaslain ja potilaslain säännösten mukaan kanteluun sovelletaan hallintolain 8 a lukua, joka sisältää hallintokantelun tekemistä ja käsittelyä sekä kantelun johdosta annettavaa hallin-

nollista ohjausta koskevat säännökset. Kantelun voi tehdä kaiken tyyppisestä viranomaistoiminnasta, mukaan lukien tosiasiallinen toiminta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kanteluoikeus on ulotettu koskemaan myös yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden toimintaa.

#### 2.1.19 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus

##### *Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen muodostuminen*

Sosiaali- ja terveystalvakuutuspalveluja merkittävästi rahoittavia tahoja ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Lisäksi Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskus ARA osallistuu erityistä tukea tarvitsevien asumisen, esimerkiksi kehitysvammaisten, vaikeavammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja ikään-tyneiden palveluasuntojen, rahoittamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus kerätään Suomessa useilla tavoilla. Rahoitus muodostuu pääasiassa valtion ja kuntien verotuloista, lakisääteisistä ja vapaaehtoisista vakuutusmaksuista sekä työnantajien maksuista, asiakasmaksuista ja asiakkaiden omavastuuosuuksista.

Valtio osallistuu palvelujen rahoittamiseen maksamalla kunnille valtionosuutta palvelujen järjestämiseen. Yleiskatteellisten peruspalvelujen sosiaali- ja terveystalvakuutuspalvelujen valtionosuuden määrä oli arviolta noin 5,4 miljardia euroa vuonna 2015. Tämän lisäksi valtio kohdentaa kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuoltoon rahoitusta muiden talousarvion momenttien kautta. Näihin eriin kuuluu muun muassa valtion korvaus kunnille kuntouttavan työtoiminnan järjestämisestä. Kunnat rahoittavat osuutensa sosiaali- ja terveystalvakuutuspalveluista pääosin kunnallisveron tuotolla.

Kuntien järjestämisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon bruttokäyttökustannukset vuonna 2015 olivat 20,5 miljardia euroa, kun mukaan ei lasketa lasten päivähoiton kustannuksia. Hieman yli puolet sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista jakaantui erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Erikoissairaanhoidon kattoi noin kolmanneksen ja perusterveydenhuollon kustannukset olivat yhteensä noin viidennes sosiaali- ja terveystalvakuutuspalvelujen käyttökustannuksista. Vanhusten ja vammaisten palvelujen osuus käyttökustannuksista oli hieman alle neljännes, kotipalvelujen noin viisi prosenttia ja lastensuojelun sijaishuollon ja muiden lasten ja perheiden palvelujen osuus oli kuusi prosenttia käyttökustannuksista.

Julkista terveydenhuoltoa täydentää julkinen sairausvakuutus ja erityisesti siihen kuuluvat sairaanhoitovakuutuksen korvaukset. Sairausvakuutuksen rahoitus jaetaan sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen ja työtalvakuutuksen rahoitukseen. Lääkekorvaukset, matkakorvaukset ja yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvaukset eli lääkärinpalkkioiden, hammaslääkärinpalkkioiden, tutkimuksen ja hoidon korvaukset sekä Kansaneläkelaitoksen järjestämän ja korvaaman kuntoutuksen kustannukset rahoitetaan sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta. Muita sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavia kustannuksia ovat Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle maksettavat korvaukset ja maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat sairaanhoitokorvaukset. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittavat vakuutetut 55,1 prosentin rahoitusosuudella ja valtio 44,9 prosentin rahoitusosuudella. Valtio rahoittaa kuitenkin kokonaan Suomessa vakuutetun ulkomailta saaman hoidon johdosta EU-maihin maksettavat sairaanhoitokorvaukset ja ulkomailta asuvien sairaanhoidosta kunnille aiheutuneet kustannukset. Sairaanhoitovakuutuksen etuuksien ja korvausten rahoittamiseksi kaikilta vakuutetuilta peritään sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksua kunnallisverotuksessa verotettavan ansiotulon perusteella. Vakuutettujen rahoitusosuus on jaettu palkansaajien ja yrittäjien sekä etuudensaajien kesken.

Sairausvakuutuksen työtalvakuutuksesta rahoitetaan sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaiset päivärahat, Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) mukaiset kuntoutusrahat, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat päivärahat, työterveyshuollon korvaukset ja vuosilomakustannuskorvaukset. Työtalvakuutuksen kulut rahoitetaan työnantajien suorittaman sairausvakuutusmaksun sekä palkansaajilta ja yrittäjiltä perittävän sairausvakuutuksen päivärahamaksun tuotoilla, lukuun ottamatta eräitä valtion osuudella rahoitettavia kuluja ja yrittäjän lisärahoitusosuudella rahoitettavia kuluja. Työtalvakuutuksen rahoituksesta työnantajien sairausvakuutusmaksun osuus on 67 prosenttia, palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksun osuus 27 prosenttia sekä valtion osuus 6 prosenttia.

Sairausvakuutusrahaston vuotuisia kuluja ovat edellä mainitut etuudet ja korvaukset. Lisäksi kuluiksi laskeaan etuuksien ja korvausten toimeenpanosta Kansaneläkelaitokselle aiheutuvat toimintakustannukset sekä muutokset rahoitusomaisuuden vähimmäismäärän saavuttamiseksi. Vähimmäismäärän tulee olla kunkin vuoden lopussa vähintään 8 prosenttia rahaston vuotuisista kokonaiskuluista. Kuluista vähennetään sairausvakuutusrahaston omaisuuden tuotot.

Valtioneuvosto vahvistaa sairausvakuutusmaksujen maksuprosentit vuosittain annettavalla asetuksella. Sairausvakuutuksen rahoittamiseksi perittävät maksut seuraavat etuusmenojen ja ansiotason kehitystä.

Vuonna 2015 yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvausten kustannukset olivat noin 237 miljoonaa euroa. Lääkekorvausten kustannukset olivat noin 1 378 miljoonaa euroa ja matkakorvausten kustannukset noin 293 miljoonaa euroa. Sairaanhoitovakuutuksesta rahoitetut kuntoutusmenot olivat yhteensä noin 343 miljoonaa euroa, josta ammatillisen kuntoutuksen osuus oli noin 34 miljoonaa euroa.

Kotitaloudet rahoittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa suoraan lähinnä asiakasmaksujen ja omavastuuosuuksien kautta. Kunnan järjestämisvastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen asiakasmaksujen suuruus oli vuonna 2015 noin 1,5 miljardia euroa. Kotitalouksien asiakasmaksujen suuruus vastasi noin 7 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista. Vuonna 2015 kotitalouksien rahoitusosuus oli sairaanhoitovakuutuksesta korvattujen yksityisen terveydenhuollon palvelujen osalta 822 miljoonaa euroa, korvattujen avohoidon lääkkeiden osalta 571 miljoonaa euroa ja korvattujen matkakustannusten osalta 42 miljoonaa euroa.

Yksityiset vakuutusyhtiöt rahoittavat sosiaali- ja terveystalouksia vapaaehtoisten sairauskulu- ja tapaturmavakuutusten kautta kotitalouksien ja työnantajien maksamalla vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla. Lisäksi sosiaali- ja terveystalouksia rahoitetaan lakisääteisen tapaturma-, liikenne- ja potilasvakuutuksen kautta. Lakisääteinen työtapaturma- ja ammattitautivakuutus rahoitetaan työnantajien ja yrittäjien maksamalla tapaturmavakuutusmaksuilla ja lakisääteinen liikennevakuutus rahoitetaan vakuutusmaksuilla.

#### *Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kohdentuminen palveluntuottajille*

Palveluntuottajille rahoitus kohdentuu monin eri tavoin. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista kunnat maksavat omille yksiköilleen yleisimmin budjettitalouden kautta suunnatun korvauksen. Kuntien välisessä yhteistoiminnassa tuotetuissa perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluissa kunnat maksavat eri perusteiden ja laskentatavoin määriteltäviä korvauksia. Kunnat maksavat erikoissairaanhoitona tuotetuista palveluista sairaanhoitopiireille pääsääntöisesti tuotettujen palvelujen määrän perusteella. Tilanteissa, jossa julkisen terveydenhuollon yksikössä hoidettava potilas ei ole yksikköä ylläpitävän kunnan asukas, on sen kunnan tai kuntayhtymän, jolla on vastuu hoidon järjestämisestä, korvattava hoidosta aiheutuneet kustannukset. Korvaus perustuu tuotteistukseen tai tuotehintaan, jolla terveydenhuollon toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa tai jolla kuntayhtymä laskuttaa jäsenkuntiansa. Ulkoistetuista ja liikelaitostetuista palveluista kunnat maksavat sopimuksen mukaan määräytyvän korvauksen palvelut tuottavalle yritykselle tai liikelaitoksille.

Vakuutusyhtiöt maksavat sopimustensa mukaisesti korvauksia paitsi vakuutuksen ottajille myös suoraan hoitolaitoksille annetusta hoidosta ja kuntoutuksesta. Työnantajat maksavat työterveyspalvelujen tuottajille tekemiensä työterveyshuoltosopimusten ja työterveyshuoltolain mukaisten suoritteiden perusteella.

Kotitaloudet maksavat käyttämistään kunnallisista terveystalouksista korkeintaan laissa säädetyn asiakasmaksun ja pitkäaikaisesta laitoshoidosta määräosan tuloistaan. Kunnallisen terveydenhuollon maksukaton ylittyessä asiakasmaksua vastaava osa menoista siirtyy kunnan rahoitettavaksi. Kotona annettavan palvelun kuukausimaksut perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulakiin sekä asiakasmaksuasetukseen. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon maksu peritään sen mukaan, onko kyse tilapäisestä vai jatkuvasta avuntarpeesta. Jatkuvassa avuntarpeessa määritetään kuukausimaksu perheen henkilömäärän ja tulojen mukaan. Sairausvakuutuslain lääkekaton ylittävät korvattavat lääkekustannukset ja sairausvakuutuslain matkakaton ylittävät korvattavat matkakustannukset rahoitetaan lähes kokonaan sairaanhoitovakuutuksesta. Yksityisen sektorin palveluista kotitaloudet maksavat yleensä suoriteperusteisen palkkion.

#### *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut*

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992, jäljempänä asiakasmaksulaki) ja sen nojalla annetussa asetuksessa (912/1992, jäljempänä asiakasmaksuasetus). Asiakasmaksulain 1 §:n mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveystalouksista voidaan periä maksu palvelun käyttäjältä, jollei lailla toisin säädetä. Maksu voidaan periä henkilön maksukyvyyn mukaan.

Asiakasmaksulain 2 §:n mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveystalouksista perittävä maksu saa olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä ja maksu määräytyväksi maksukyvyyn mukaan. Suurimmalle osalle palveluja on asiakasmaksuasetuksessa säädetty palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä. Nämä enimmäismäärät ovat yleensä merkittävästi palvelun tuotantokustannuksia alempia. Koska asiakasmaksuasetuksessa säädetään ainoastaan maksun enimmäismäärä, kunnat ja kuntayhtymät voivat periä sosiaali- ja terveystalouksista enimmäismaksuja pienempiä maksuja tai antaa palvelun maksutta. Maksuttomista sosiaali-

palveluista säädetään asiakasmaksulain 4 §:ssä ja maksuttomista terveystalvveluista 5 §:ssä. Suurin osa alle 18-vuotiaiden palveluista on säädetty maksuttomiksi. Tasasuuruksia maksuja peritään pääsääntöisesti lyhytaikaisesti ja satunnaisesti käytettävistä palveluista, kuten esimerkiksi terveystalvkeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluista. Tulositonnaisia maksuja ovat pitkäkestoisista palveluista, kuten jatkuvasta ja säännöllisestä laitoshoidosta, palveluasumisesta ja kotiin annettavista palveluista perittävät maksut.

Asiakasmaksulain 6 a §:ssä säädetään maksukatosta sen turvaamiseksi, ettei sosiaali- ja terveystalvvelujen käyttäjän maksurasitus nousisi kohtuuttoman korkeaksi. Asiakasmaksulain 11 §:n mukaan kunnalla tai kuntayhtymällä on lisäksi mahdollisuus ja tietyissä tapauksissa velvollisuus jättää perimättä tai alentaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista määrättyä maksua silloin, kun maksun periminen vaarantaa henkilön toimeentulon. Asiakas voi myös saada sosiaali- ja terveystalvveluiden maksuihin toimeentulotukea.

Asiakasmaksulain 15 §:n mukaan maksua koskevaan päätökseen saa vaatia oikaisua siten kuin hallintolaissa säädetään. Oikaisuvaatimus tehdään sille toimielimelle, joka vastaa asianomaisen palvelun järjestämisestä kunnassa. Oikaisuvaatimukseen saa hakea muutosta valittamalla hallinto-oikeuteen siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään. Hallinto-oikeuden päätökseen saa hakea muutosta valittamalla vain, jos korkein hallinto-oikeus myöntää valitusluvan.

Jos asiakas jättää sosiaali- ja terveystalvveluiden asiakasmaksun maksamatta, siitä voidaan periä viivästyskorkoa ja se voidaan ulosottaa ilman oikeuden päätöstä (asiakasmaksulaki 16 § ja 17 §).

### 2.1.20 Tuotteistus ja laskutusmenettelyt

Tuotteistaminen ja siihen perustuva laskutus on yleistynyt julkisissa sosiaali- ja terveystalvveluissa sitä mukaa kuin on siirrytty oman tuotannon ohella ostamaan palveluja ulkopuolelta ja viimeisen kymmenen vuoden aikana myös kuntien sisäisten tilaaja-tuottajamallien myötä.

Tuotteistamisessa yksikön tuottamat yksittäiset suoritukset jäsennetään asiakkaan saamaksi selkeäksi ja mielekkääksi palvelukokonaisuudeksi eli tuotteeksi, jonka sisältö ja käyttötarkoitus on määritelty. Tuotteistamisen nähdään edesauttavan tehokkuutta, koska se parantaa kustannustietoisuutta ja sen avulla toimintakäytännöt saadaan vakioitua ja myös hallinto- ja transaktiokustannukset alenevat vakioinnin myötä. Erilaisilla tuotteistustavoilla taloudellinen riski jakautuu eri tavoin sopimusosapuolten välillä. Kapitaatiomenetelmässä tuottaja kantaa riskiä enemmän kuin tuotteistetussa palvelukokonaisuuksiin perustuvassa laskutusmenettelyssä.

Erikoissairaanhoidon kuntalaskutuksessa on käytössä kansainväliseen DRG-pohjaiseen ja omaan luokitteluun perustuvaa tuotteistusta sekä suoritepohjaisuutta (välisuoritetuotteistusta). Varsinaista kapitaatiota ei kuntien ja sairaanhoitopiirien välisessä laskutuksessa ole käytössä. Kiinteää laskutusta on jonkin verran. Sairaalapalvelujen osto perustuu useimmiten sopimiseen kokonaisbudjetista vuositasolla, eikä käytössä ole yksilöityjä tuoteryhmäkohtaisia sopimuksia, sillä palvelujen tarve perustuu arvioon, joka saattaa olla varsinkin pienissä kunnissa epätarkka kokonaistasollakin. Näin ollen etukäteen ei sovita tuote- tai tuoteryhmäkohtaisesti määristä ja hinnoista, vaikka laskutus perustuisikin ainakin osin tuotteistukseen. Epäyhtenäisyyttä tuotteistukseen tuo erilaisten menetelmien lisäksi myös se, että diagnoosi- ja toimenpidetietiedot kirjataan eri tavoin ja kustannuslaskenta poikkeaa sairaaloiden välillä toisistaan. Tämän vuoksi kustannusten ja hintojen vertailu on vaikeaa.

Perusterveydenhuollon avotoiminnoissa tuotteistaminen on melko uusi ilmiö. Sitä on pyritty kehittämään muun muassa avohoidon potilasryhmituksen (APR) ja perusterveydenhuollon potilasluokittelujärjestelmän (pDRG) pohjalta. Käyttöönotto on kuitenkin edennyt epätasaisesti. Avopalvelujen kirjo on kuitenkin laaja ja osassa toimenpiteitä kuten suun terveydenhuollossa tai yksittäisissä palveluissa tuotteistus on vakiintunut. Tukipalveluiden ja välituotteiden, kuten laboratoriotuotoimintojen, tuotteistaminen on ollut yleisesti suoraviivaisempaa kuin hoitoa sisältävien palveluiden kohdalla.

Sosiaalihuollon palveluissa tuotteistaminen on ollut käytössä esimerkiksi vanhustenhuollon kotihoidon, palveluasumisen ja tukipalveluiden parissa. Tuotteistamistyötä on tehty paljon, mutta se on ollut kuntakohtaista ja hajanaista eikä yhtenäisiä käytäntöjä juurikaan ole. Käytössä on paljon suoritusperusteista, käynteihin, hoitopäiviin tai toimenpiteisiin perustuvaa laskutusta, jotka eivät välttämättä ole sisällöllisesti täysin vertailukelpoisia.

Avopalvelujen tuotantoalueella on myös sosiaalityön ja lastensuojelun palveluja, joiden tuotteistaminen on edistynyt hitaasti, koska se koetaan haasteelliseksi. Esimerkiksi useimmissa sosiaalihuollon palveluissa työhön liittyy työskentelyä paitsi asiakkaan, myös hänen perheensä tai muun elämäntilanteeseen vaikuttavan

lähiyhteisön kanssa. Monien asiakkaiden kohdalla tarvitaan myös yhteistyötä monien toimijoiden kanssa. Sosiaalihuollossa asiakkuus on usein hyvin pitkäkestoinen ja sisältää monia erilaisia toimenpiteitä, joiden arvioiminen ennakolta on vaativaa.

#### 2.1.21 Maakuntien verotuksellinen asema tuloverotuksessa

Tuloverolain tarkoittamat yhteisöt ovat erillisiä verovelvollisia tuloverotuksessa. Lain 3 §:n mukaan yhteisöllä tarkoitetaan muun muassa valtiota ja sen laitosta, kuntaa ja kuntayhtymää, seurakuntaa ja muuta uskonnollista yhdyskuntaa, osakeyhtiötä, aatteellista tai taloudellista yhdistystä, säätiötä ja laitosta. Tuloverolain 1 §:n 3 momentin mukaan yhteisön tulosta suoritetaan veroa valtiolle ja kunnalle. Yhteisöveroprosentti on 20. Tuloverolain mukaisesti yhteisöt ovat verovelvollisia lähtökohtaisesti kaikesta tulostaan. Riippuen harjoitetun toiminnan luonteesta verotettavan tulon määrä lasketaan tuloverolain, elinkeinotulon verottamisesta annetun lain (360/1968), tai maatilatalouden tuloverolain (543/1967) säännösten mukaisesti erillisissä tulolähteissä. Samalla verovelvollisella voi olla useamman tulolähteen mukaista tuloa.

Tuloverolain 21 §:ssä säädetään osittain verovapaista yhteisöistä. Näiden yhteisöjen tuloverovelvollisuutta on rajoitettu siten, että niiden saama tulo on joko kokonaan verovapaata tai tulosta suoritetaan veroa ainoastaan kunnalle lain 124 §:n 3 momentissa tarkoitetun alennetun tuloveroprosentin mukaan, joka on 6,07 prosenttiyksikköä. Osittain verovapaista yhteisöjä ovat muun muassa valtio, kunnat ja kuntayhtymät.

Hallituksen esityksessä 15/2017 ehdotetaan, että maakuntalain mukaiset maakunnat määriteltäisiin osittain verovapaiksi yhteisöiksi ja ne olisivat verovelvollisia vain elinkeinotulostaan ja muuhun kuin yleiseen tai yleishyödylliseen tarkoitukseen käytetyn kiinteistön tai kiinteistön osan tuottamasta tulosta lain 124 §:n 3 momentissa tarkoitetun tuloveroprosentin mukaan. Maakuntien verovelvollisuus vastaisi näin ollen kuntayhtymien verovelvollisuutta.

### **Kansainvälinen kehitys sekä ulkomaiden lainsäädäntö: sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaus Pohjoismaissa ja eräissä muissa Euroopan maissa**

#### 2.2.1 Ruotsi

##### *Järjestelmän kuvaus*

Ruotsalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä poikkeaa suomalaisesta järjestelmästä. Terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjäalueella tai verrannollisella alueella. Maakäräjäalueet vastaavat sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Myös suun terveydenhoito kuuluu maakäräjäalueiden järjestämisvastuulle. Sosiaalipalveluista vastaavat kunnat, jotka järjestävät vanhustenhuollon ja palveluasumisen, mutta eivät saa itsenäisesti järjestää lääkäripalveluja. Kuntien vastuulla on lisäksi muun muassa kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoido.

Vuonna 2009 voimaantullut lainsäädäntöuudistus mahdollisti maakäräjien ja kuntien palvelujen tuottajakunnan laajentamisen valinnanvapausjärjestelmien puitteissa. Uudistuksen tavoitteena oli tarjota asukkaille oikeus valita palvelutuottaja ja laajentaa tuottajakuntaa yksityisillä palvelutuottajilla. Lakiin on sisällytetty määräykset, joiden mukaan maakäräjien ja kuntien tulee solmia sopimukset sellaisten tuottajien kanssa, jotka täyttävät ennalta määritetyt kriteerit. Hyväksytyihin tuottajiin on myös sovellettava yhtenäisiä korvausmenettelyjä, mikä tarkoittaa sitä, että tuottajien välisen kilpailun tulisi syntyä laadun perusteella.

Alkuvuodesta 2010 valinnanvapausjärjestelmän käyttö säädettiin pakolliseksi perusterveydenhuollossa. Maakäräjäalueet eivät ole velvoitettuja soveltamaan valinnanvapauslainsäädäntöä erikoissairaanhoidossa. Kunnat voivat päättää valinnanvapauden soveltamisesta järjestämisvastuullaan olevissa vanhusten palveluissa ja joissakin muissa sosiaalipalveluissa.

Ruotsalaisen järjestelmän vahvuutena voidaan pitää sitä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut ovat molemmat maakäräjien rahoitus- ja järjestämisvastuulla. Tämän ansiosta järjestämistaholla on intressi seurata ja ohjata toimintaa kustannusvaikuttavuuden tavoittamiseksi. Järjestelmän heikkoutena voidaan puolestaan nähdä palvelujen puutteellinen integraatio sosiaalitoimen, kuntien vastuulla olevan terveydenhuollon ja maakäräjien järjestämän terveydenhuollon välillä.

### *Asiakkaan oikeudet*

Palveluja tarvitseva kansalainen voi valita itselleen sopivan palvelutuottajan hyväksytyjen tuottajien joukosta. Lainsäädäntö ei aseta esteitä uudelle valinnalle, ja sen voi tehdä milloin tahansa. Käytännön tarkoituksena on muun muassa jatkuva palvelujärjestelmän kehittäminen.

Ruotsissa noudatetaan hoitotakuuta, joka kirjattiin vuonna 2015 voimaan tulleeseen potilaslakiin. Siihen on sisällytetty niin kutsuttu 0-7-90-90-sääntö (Patientlag 2014:821), jonka mukaan maakäräjien on tarjottava asukkaille perusterveydenhuollon kontakti hoitoon hakeutumisen päivänä, perusterveydenhuollon lääkärikäynti seitsemän päivän sisällä hoidon hakemisesta, avosairaanhoidon käynti 90 päivän sisällä hoitoon hakeutumista tai lähetteen kirjoittamisesta sekä erikoissairaanhoidon käynti 90 päivän sisällä todetusta hoidon tarpeesta.

Valinnanvapautta tuetaan erilaisilla verkkopalveluilla, joiden avulla on mahdollista hakea vertailutietoa esimerkiksi hoitopaikoista ja niiden laadusta. Tällä hetkellä Ruotsissa toimii yli sata eri potilasryhmien hoidon seurantaan tarkoitettua rekisteriä.

### *Palveluntuottajien velvollisuudet*

Maakäräjähallinnon ennalta määrittämät korvaukset ovat samoista palveluista samansuuruiset kaikille tuottajille. Tuottajia koskevat lisäksi kuntien ja maakäräjien ennalta asettamat kriteerit. Kuntien ja maakäräjien tulee ilmoittaa avoimet valinnanvapausjärjestelmät sähköisessä tietokannassa, jota seuraamalla tuottajat voivat ilmoittautua järjestäjätaholle. Kunnat ja maakäräjät hyväksyvät ja tekevät sopimukset sellaisten tuottajien kanssa, jotka täyttävät ennalta määritetyt kriteerit.

Maakäräjien tulee muodostaa valinnanvapausjärjestelmät noudattaen tuottajien yhdenvertaista kohtelua, jolle ei muuhun ole erityistä syytä. Perusterveydenhuollossa lainsäädäntö edellyttää, että maakäräjäalueet hyväksyvät halukkaat tuottajat — niin julkiset, yksityiset kuin kolmannen sektorin tahot — neutraalilla hyväksymismenettelyllä.

Tuottajille maksettavat korvaukset ja korvauserusteet vaihtelevat maakäräjäalueittain. Kannusteiden luomiseksi maakäräjäalueet ovat ajan myötä kehittäneet ja muuttaneet korvauserusteitaan. Kapitaatiopohjainen korvaus kattaa eri alueilla 45—86 prosenttia kokonaiskorvauksesta. Kapitaatiokorvauksen ohella osa korvauksesta määräytyy suoritepohjaisesti sekä laatubonusten tai -vähennysten perusteella. Alueelliset lisät ovat mahdollisia erityisesti harvaan asutuilla seuduilla.

## 2.2.2 Norja

### *Järjestelmän kuvaus*

Norjan potilas- ja asiakaslakiin sisällytetyt pykälät turvaavat asiakkaan oikeuden vapaaseen valintaan. Perusterveydenhuollon osalta asiakkaan valinnanvapautta vahvistettiin listalääkäriuudistuksella vuonna 2001. Kuntien velvollisuudeksi tuli järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on valtion neljällä alueella.

### *Asiakkaan oikeudet*

Asiakkaalla on oikeus valita, mille lääkärille tämä listautuu. Edellytyksenä on, että lääkärin listalla on tilaa. Asiakas voi vaihtaa lääkärinä korkeintaan kaksi kertaa vuodessa. Perusterveydenhuollossa lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidossa asiakas voi valita hoitopaikan kaikkien niiden yksityisten tuottajien keskuudesta, jotka ovat tehneet sopimuksen palveluja järjestävien neljän alueen kanssa. Vuodesta 2015 lähtien asiakkaalla on ollut erikoissairaanhoidon osalta oikeus valita hoitopaikka kaikista etukäteen hyväksytyistä sairaaloista — sekä julkisista että yksityisistä.

### *Palveluntuottajien velvollisuudet*

Valtaosa, noin 95 prosenttia perusterveydenhuollon yleislääkäreistä toimii yksityisinä ammatinharjoittajina. Julkisen työnantajan palveluksessa toimivat lääkärit työskentelevät pääasiassa harvaan asutuilla seuduilla, missä palkkauksessa on otettu huomioon alueelliset lisät. Lääkäripalveluiden rahoitusvastuu on jaettu kuntien ja valtion kesken. Kuntien rahoitus määräytyy listoilla olevien henkilöiden lukumäärän perusteella, ja se vastaa 30 prosenttia kustannuksista. Valtion rahoitusosuus on noin 35 prosenttia. Jäljelle jäävä osuus koostuu potilasmaksuista.

### 2.2.3 Tanska

#### *Järjestelmän kuvaus*

Tanskassa terveydenhuollon pääasiallinen järjestämisvastuu siirtyi vuosina 2005—2007 toteutetun aluehallinnon uudistuksen myötä maakunnilta viidelle valtion rahoittamalle itsehallintoalueelle. Alueiden tehtävänä on vastata terveydenhuollosta, joka pitää sisällään niin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, psykiatrisen hoidon, aikuisten hammashoidon kuin fysioterapian. Kuntien vastuulle kuuluvat ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoido.

#### *Asiakkaan oikeudet*

Tanskassa valinnanvapautta toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Käytössä on vakuutusperustainen järjestelmä. Tanskalaisen terveysvakuutuslainsäädännön mukaan väestö voi valita kahden eri vakuutusluokan välillä. Ensimmäisen luokan ovat valinneet yli 98 prosenttia maan väestöstä. Sen perusteella asiakkailla ei perusterveydenhuollossa ole lainkaan asiakasmaksuja. He listautuvat perusterveydenhuollon lääkäriin, joka puolestaan toimii portinvartijana erikoissairaanhoidossa. Toisen luokan ovat valinneet vain alle kaksi prosenttia väestöstä. He maksavat asiakasmaksuja perusterveydenhuoltoon, mutta voivat hakeutua erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetystä.

Perusterveydenhuollon valinnanvapaus toteutuu potilaan listautuessa haluamalleen lääkäriin. Asiakas voi vapaasti valita hoitavan lääkärin, mikäli tämän listalla on tilaa. Lakiin ei sisälly rajoituksia valinnan uusimiselle. Erikoissairaanhoidossa asiakas saa valita hoitavan yksikön kaikista maan julkisista sairaaloista, ottaen huomioon hoitojonot. Mikäli odotusaika ylittää Tanskassa määritellyn hoitotakuun, kaksi kuukautta, valintamahdollisuudet ulottuvat myös yksityisiin ja ulkomaisiin sairaaloihin, joiden kanssa alueilla on sopimus.

#### *Palveluntuottajien velvollisuudet*

Alueellisessa terveydenhuollossa perusterveydenhuoltoa tuottavat yksityisinä ammatinharjoittajina toimivat lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattilaiset. Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidossa.

Perusterveydenhuollossa sopimusosapuolina toimivat ammatinharjoittajalääkäri ja vakuutusjärjestelmä. Vastaaotosten tuloista noin 90 prosenttia koostuu kansallisesta vakuutuksesta. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuottajille maksetaan korvausta tuotetuista palveluista ennalta sovitun korvausmenettelyn pohjalta.

### 2.2.4 Englanti

#### *Järjestelmän kuvaus*

Englannissa valinnanvapauden myötä kansalaiset voivat hankkia palveluja julkisilta, yksityisiltä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilta. Terveydenhuollossa noudatetaan yhtenäisiä käytänteitä, ja palveluntuottajia koskevat samat rekisteröinti-, hinta- ja laatuvaatokset. Sosiaalihuollossa puolestaan valinnanvapautta toteutetaan pitkälti henkilökohtaisen budjetin avulla.

Julkinen terveydenhuoltojärjestelmä, National Health Service (NHS) kattaa koko väestön palvelut verorahoituksesta siten, että palvelut ovat asiakkaille maksuttomia. Sosiaalipalvelut ovat tarveharkintaisia ja niihin voi liittyä asiakkaan varallisuuteen perustuvia maksuja. Lisämaksujen suhteen on kuitenkin asetettu koko väestöä koskeva yläraja.

#### *Asiakkaan oikeudet*

Asiakas voi valinnanvapauden puitteissa valita lääkäriaseman sekä mahdollisuuksien mukaan lääkärin ja hoitajan. Lääkäriasema voi kieltäytyä uusista asiakkaista, mikäli se on julkisesti ilmoittanut, ettei se ota uusia asiakkaita tai jos asiakas ei asu sen maantieteellisellä alueella.

Sairaalahoitoon kohdalla asiakas tekee valintansa hoitopaikasta ensimmäisen poliklinikkakäyntinsä perusteella. Valintaoikeuteen liittyy joitakin rajoitteita, kuten aiemmin aloitettu hoito. Valintaoikeus ei myöskään koske suljetulla osastolla hoidettavia potilaita. Mikäli potilas jättää saapumatta sovitulle poliklinikkakäynnille, tämä saattaa johtaa valintaoikeuden menettämiseen. Toisaalta potilas on oikeutettu valintaan myös myö-



hemmin, mikäli hoitoa ei voida tarjota hoitotakuun sallimissa rajoissa. Valintaoikeuteen sisältyy oikeus valita lähettäneen lääkärin määräämien erityistutkimuksien suorittajan.

Sosiaalihuollossa valinnanvapaus toteutetaan palvelutarpeen arvioinnin jälkeen mahdollisesti myönnettävän henkilökohtaisen budjetin avulla. Budjetin käytölle on kuitenkin asetettu rajoitteita. Se ei esimerkiksi sovellu pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Henkilökohtaisen budjetin käytön on todettu olevan kustannustehokas muoto myös terveydenhuollossa niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on jatkuva hoidon tarve.

Englannissa velvoite tiedottaa valinnanvapaudesta on kirjattu lakiin. Lainsäädännön mukaan ammattilaisilla on velvollisuus tukea asiakkaita valintojen tekemisessä.

#### *Palveluntuottajien velvollisuudet*

Perusterveydenhuollon kohdalla lähetteen saanut asiakas voi valita minkä tahansa alueellisesti hyväksytyt palveluntuottajan, sillä edellytyksellä, että tuottaja täyttää NHS:n asettamat kriteerit. Palveluntuottajan voi siis valita myös julkisen sektorin ulkopuolelta, mikäli tuottaja täyttää toimijoilta vaaditut laadulliset ja toiminnalliset rekisteröitymiskriteerit sekä hyväksyy NHS:n asettaman korvaustason suuruuden.

Kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin, joten palvelusta saatava korvaus on kaikille palveluntuottajille sama. Palveluntuottajat eivät voi kohdistaa ylimääräisiä kustannuksia asiakkaille, minkä avulla turvataan koko väestön lähtökohtainen mahdollisuus hyödyntää valinnanvapautta koskevia oikeuksia. Kansallinen maksujärjestelmä kattaa noin 64 prosenttia NHS:n rahoituksesta.

#### *Henkilökohtainen budjetti*

Englannissa henkilökohtaisesta budjetista säädettiin vuonna 2015 voimaan tulleessa hoitolaissa (The Care Act 2014), joka turvaa oikeuden henkilökohtaiseen budjettiin kaikille hoivaa ja turvaa tarvitseville aikuisille sekä tuen tarpeessa oleville omaishoitajille. Lapsi- ja perhelaki säätää vammaiselle lapselle tai hänen perheelleen myönnettävästä henkilökohtaisesta budjetista. Henkilökohtaiset budjetit kuuluvat sosiaalihuollon toimialaan. Terveydenhuollossa on käytössä vastaavanlainen järjestelmä, *Health budget*.

Sosiaaliviranomaiset ovat velvoitettuja laatimaan palvelutarpeen arvioinnin. Laissa on määritetty kansalliset kelpoisuusehdot henkilökohtaisen budjetin myöntämiselle. Asiakkaan tarpeiden vastatessa kansallisesti asetettuja kriteerejä, hänelle laaditaan arvioon perustuva hoivan ja tuen suunnitelma. Suunnitelman laatimisen yhteydessä asiakkaalle tulee kertoa oikeudesta saada henkilökohtainen budjetti palvelujen ostamista varten.

Henkilökohtaisen budjetin tulee vastata suuruudeltaan sitä rahamäärää, joka paikallisviranomaisella kuluisi maksaessaan asiakkaan palvelutarpeita. Henkilökohtaisen budjetin hallinnoimiseen on useita eri tapoja. Varat voidaan esimerkiksi maksaa suoraan asiakkaan tilille, ja asiakas ostaa itse tarvitsemansa palvelut.

#### 2.2.5 Alankomaat

##### *Järjestelmän kuvaus*

Alankomaissa on käytössä sairausvakuutus pohjainen järjestelmä, johon sisältyy kahdenlaisia vakuutuksia. Palvelunkäyttäjä voi valita sekä vakuuttajan että vakuutuskokonaisuuden. Ensimmäisen vaihtoehdon mukaan vakuutuksenottaja valitsee vakuutuksen, jonka myötä hän voi käyttää ainoastaan vakuutuksenantajan listamien palveluntuottajien palveluja, joista aiheutuvat kulut korvataan täysimääräisenä. Toisen vaihtoehdon mukaisessa järjestelmässä asiakas voi valita palveluntuottajan vapaasti, mutta vakuutus korvaa hoidoista aiheutuvat kulut vain enimmäismäärään saakka. Asiakas vastaa kuluista ylimeneviltä osin.

##### *Asiakkaan oikeudet*

Asiakkaat valitsevat vakuutusohjelman omien tarpeidensa pohjalta. Maksaessaan suuremman omavastuun palvelun kustannuksista, asiakas voi valita vapaammin palvelujen tuottajan. Sen sijaan on mahdollista valita ohjelma, jossa ei ole omavastuumaksua, mutta valinnanvapaus palvelujen tuottajien suhteen on suppeampi. Jokaisen täytyy kuitenkin kuulua jonkin vakuutusyhtiön piiriin. Kansalaiset voivat vaihtaa vakuutusyhtiötä kerran vuodessa, kalenterivuoden alussa.

Tilanteissa, joissa asiakas on lähtökohtaisesti sidottu vakuutuksenantajan listaamiin palveluntuottajiin, hän voi silti valita listan ulkopuolisen tuottajan. Vakuutuksenantaja määrittää suorittamiensa korvausten enimmäismäärän. Pitkäaikaishoidossa asiakas voi valita palvelut vakuutuksenantajan listaamilta palveluntuottajilta,

jolloin palvelut ovat hänelle maksuttomia. Vaihtoehtoisesti pitkäaikaishoitoon voidaan soveltaa myös henkilökohtaista budjettia.

#### *Palveluntuottajien velvollisuudet*

Hinnaltaan ja laadultaan edukkaiden palvelujen takaamiseksi vakuutusyhtiöt neuvottelevat tuottajien kanssa palvelujen määrästä ja hinnasta. Alankomaissa käyttöön otettu perusterveyden rahoitusmalli koostuu potilaskohtaisesta maksusta ja konsultaatiomaksusta. Alankomaiden terveysterveysviranomaisen (*Nederlandse Zorgautoriteit*) määrittää vuosittaisen korvauksen suuruuden. Korvaus kattaa 75 prosenttia perusterveydenhuollon kustannuksista.

Alankomaissa on käytössä niin kutsuttu portinvartijajärjestelmä, jonka mukaan lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon. Järjestelmä muistuttaa piirteiltään Suomen nykyistä järjestelmää, sillä myös Alankomaissa erikoislääkärin vastaanotolle voi hakeutua kahdella tapaa: kiireettömissä tapauksissa perusterveydenhuollosta saadun lähetteen avulla tai kiireellisissä tapauksissa ensiavun kautta.

Terveydenhuollon ostamista säädellään vakuutusta koskevalla lainsäädännöllä. Lisäksi Alankomaissa potilasjärjestöillä on merkittävä rooli markkinoiden valvonnassa. Terveyspalveluja tuottavilla tahoilla on lakisääteinen velvollisuus julkaista tietoa tuottamistaan palveluista.

#### *Henkilökohtainen budjetti*

Alankomaissa henkilökohtainen budjetti kuuluu osaksi vammaisten, kroonisesti sairaiden ja ikääntyneiden pitkäaikaishoidon lainsäädännöllistä viitekehystä. Henkilökohtainen budjetti otettiin Alankomaissa käyttöön vuonna 1996. Henkilökohtaiset budjetit voidaan myöntää seuraavien lakien perusteella: pitkäaikaishoidonlaki (*Wet langdurige zorg, Wlz 2015*), sosiaalihuoltolaki (*Wet maatschaapselijke ondersteuning, Wmo 2015*), nuorisolaki (*Jeugwet 2015*) ja terveysterveyslaki (*Zorgverzekeringswet, Zvw 2006*).

Asiakkaan, hänen hoitajansa tai läheisensä on pyydettävä palvelutarpeen arviointia, kun he haluavat selvittää asiakkaan oikeuden henkilökohtaiseen budjettiin. Tarvearvioinnin keskus suorittaa standardisoidun selvityksen asiakkaan olosuhteista sekä arvioi hoidon määrän, johon asiakas on oikeutettu. Pitkäaikaishoidon lain mukaisen henkilökohtaisen budjetin tulee olla riittävä tarvittavan hoidon ja tuen ostamiseksi. Budjetti lasketaan Alankomaiden terveydenhuollon viraston asettaman hinnaston perusteella.

#### 2.2.6 Saksa

##### *Järjestelmän kuvaus*

Saksalainen terveydenhuolto perustuu sosiaalivakuutukseen. Jokaisella kansalaisella tulee olla joko julkinen tai yksityinen vakuutus. Tällä hetkellä julkisen vakuutuksen piirissä on 85 prosenttia väestöstä. Yksityinen vakuutus on palveluiden suhteen kattavampi, mutta sen saamiseksi on asetettu joitakin edellytyksiä.

Julkiset vakuutusrahastot keräävät jäseniltään vakuutusmaksuja kansalliseen rahastoon. Rahastot maksavat terveyspalvelujen tuottajille, suurimpien kuluerien kohdistuessa sairaaloihin ja perustason palveluihin. Asiakkaan maksettavaksi jää vain pienehkö osa. Rahastojen on turvattava kaikille vähintäänkin lakimääräiset palvelut, eivätkä ne saa valita vakuutettujaan. Vakuutusmaksut ovat tuloperusteisia.

##### *Asiakkaan oikeudet*

Vakuutetut voivat valita, mihin julkiseen vakuutusrahastoon he haluavat kuulua. Asiakkaalla on myös oikeus valita palveluntuottaja. Julkisessa järjestelmässä tämä koskee järjestelmän akkreditoimia lääkäreitä ja sopi-mussairaaloita. Asiakkaan valinnanvapauteen kuuluu oikeus valita yleislääkäri, mutta myös psykoterapeutti, hammaslääkäri, farmaseutti ja ensiapuyksikkö. Omalääkäriä voi vaihtaa enintään kerran kolmessa kuukaudessa. Saksassa omalääkäri ei toimi portinvartijana erikoissairaanhoidon, eikä lähetettä sairaalaan tarvita. Näin ollen useat asiakkaat valitsevat suoraan erikoislääkärin vastaanoton.

Sosiaalipalveluiden osalta pitkäaikaishoidon vakuutus on pakollinen kaikille työssäkäyville henkilöille. Vakuutus sisältää vain peruspalvelut. Yksilöiden edellytetään joko kustantavan itse osan kuluista taikka hakevan tarveperustaista sosiaalietuutta.

### *Palveluntuottajien velvollisuudet*

Lääkäreiden tulee olla jäsenenä alueellisissa yhdistyksissä, jotka neuvottelevat paikallisesti sopimukset sairauskassojen kanssa. Valtion viranomainen (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, BQS) toimii yhteistyössä sairauskassojen ja sairaaloiden kanssa esimerkiksi sopimuksentekoon liittyvissä asioissa. BQS julkaisee vuosittain vertailukelpoista tietoa sisältäviä raportteja sairaaloiden palvelujen laadusta. Vuodesta 2005 alkaen sairaalat ovat olleet velvoitettuja julkaisemaan itse vertailukelpoista tietoa toiminnastaan ja sen laadusta kahden vuoden välein.

Sosiaalipalvelujen tuottamisessa kolmannen sektorin tuottajat ovat keskeisessä asemassa, minkä lisäksi palveluja tarjoavat myös yksityiset yritykset. Asiakkaalla on oikeus valita itselleen parhaiten soveltuva palveluntuottaja. Sosiaalista tukea tarjotaan sekä palvelujen että rahallisten etuuksien muodossa. Annettuun tukeen on sisällytetty myös neuvontaa ja ohjausta.

### *Henkilökohtainen budjetti*

Saksassa toteutettiin henkilökohtaisen budjetin pilottikokeiluja vuosina 2004—2008. Vuodesta 2008 lähtien monituottajuuteen perustuvat henkilökohtaiset budjetit ovat olleet lakisääteinen oikeus. Henkilökohtainen budjetti voidaan myöntää asiakkaalle, joka tarvitsee vammaisuuden, fyysisen, psyykkisen tai mielenterveydellisen syyn vuoksi jatkuvia hoivapalveluja päivittäisten toimintojen hoitamiseen huomattavissa määrin tai vähintään kuuden kuukauden ajan. Henkilökohtaisen budjetin myöntämiselle ei ole ikärajaa.

Henkilökohtaisen budjetin saamiseksi asiakkaan tulee ottaa yhteyttä johonkin viranomaistahoon, kuten esimerkiksi sairausvakuutuskaasaan tai työvoimatoimistoon, joka puolestaan vastaa tämän jälkeen asiakkaan henkilökohtaisen budjetin järjestämisestä ja toteutuksesta. Valittu taho selvittää asiakkaalle, millaisiin palveluihin ja etuuksiin oikeus kohdistuu. Asiakkaan tilanteen kannalta olennaisilta palveluntuottajilta pyydetään budjettihakemusta koskeva lausunto, minkä jälkeen palvelutarpeesta keskustellaan asiakkaan kanssa. Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen asiakkaan kanssa laaditaan palvelusuunnitelma sekä sopimus, joka sisältää ne edut ja korvaukset, joihin asiakas on oikeutettu.

Henkilökohtainen budjetti voidaan myöntää suoramaksuna asiakkaalle itselleen. Toisen vaihtoehdon mukaan viranomainen järjestää palvelut asiakkaalle sovitulla tavalla. Vaihtoehdot on myös mahdollista yhdistää. Henkilökohtaisen budjetin suuruus määräytyy palvelutarpeen arvioinnin perusteella, ja sen tulisi vastata summaa, joka kuluisi palvelujen järjestämiseen julkisen sektorin kautta.

#### 2.2.7 Yhteenvedoa eri maiden valinnanvapausjärjestelmistä

Eri maiden valinnanvapausmallit ovat kytkeytyneet kunkin maan sosiaali- ja terveydenhuollon ja järjestämisen erityispiirteisiin. Ruotsin, Norjan ja Englannin valinnanvapausjärjestelmät on rakennettu julkisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän ja Tanskan, Alankomaiden ja Saksan valinnanvapausjärjestelmät puolestaan vakuutusperusteisen järjestelmän varaan. Eri maiden mallit eroavat myös toisistaan siinä, mitä palveluja valinnanvapauden piiriin kuuluu, mitä oikeuksia asiakkaalla on, miten palveluntuottajat pääsevät markkinoille ja miten järjestäjä ohjaa palveluntuottajia. Lisäksi järjestelmät eroavat toisistaan siinä, missä määrin sosiaalihuollon palveluja on valinnanvapauden piirissä ja miten sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio toteutuu. Monessa maassa valinnanvapaus on otettu ensin käyttöön terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluita on tuotu valinnanvapauden piiriin vähitellen esimerkiksi kokeilujen kautta. Useissa tarkastelluissa järjestelmissä sosiaalipalvelujen valinnanvapaus toteutuu pääosin henkilökohtaisella budjetilla, jonka myöntämisestä päättää viranomainen palvelutarpeen arvioinnin jälkeen.

### **Nykytilan arviointi**

#### 2.3.1 Palvelujen laatu ja saatavuus

Sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu on maassamme hyvä, mutta ongelmia liittyy palvelujen saatavuuteen erityisesti perustasolla ja rajoitettuun mahdollisuuteen tehdä valintoja.

Suomessa terveydenhuollon laatu on OECD-maiden huippua useilla hoidon mittareilla tarkasteltuna. OECD mittaa perusterveydenhuollon toimintaa vältettävissä olevien erikoissairaanhoidon käyntien määrällä. Suomessa on astmaan ja keuhkohtaumatautiin liittyviä käyntejä vähemmän kuin OECD-maissa keskimäärin (OECD: Health at a Glance 2015). Yksi laadun mittari on asiakkaiden tyytyväisyys palveluihin. Suomalaiset ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmään sekä hoidon laatuun ja turvallisuuteen (OECD Economic Surveys: Finland 2012). Vuonna 2014 kaupunkien terveysasemat saivat yleisarvosanan 4,30 as-

teikolla 1—5. Vastaava kaupunkien terveysasemien asiakastyytyväisyyden yleisarvosana vuonna 2010 oli 4,09. Tutkimuksen mukaan asiakkaat olivat tyytyväisimpiä henkilökunnan ammattitaitoon, käytökseen, vuorovaikutustaitoihin ja tiedonsaantiin. Eniten parantamista arvioitiin olevan puhelinyhteyden saamisessa terveysasemalle. THL:n vuonna 2014 äitiys- ja lastenneuvoloiden asiakkaiden tyytyväisyyttä kartoittavan kokonaan laajuisen palautekyselyn mukaan suomalaiset perheet pitivät neuvoloista saamiensa palveluiden laatua erittäin hyvänä. Perusterveydenhuollon asiakkaiden tyytyväisyys terveyskeskuspalveluihin on viimeisimpien asiakastyytyväisyyskyselyjen mukaan kasvanut. (Peruspalvelujen tila -raportti 2016, osa I ja II Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisu — 9/2016). Vastaavia vertailuja sosiaalihuollosta ei ole saatavilla.

Kuitenkin huomattava osa väestöstä ei saa tarvitsemiaan perustason palveluita tai joutuu odottamaan niitä kohtuuttoman kauan. Kodin ulkopuolelle sijoitetuksi tulleista lapsista vain 15 prosenttia on saanut riittävästi tarvitsemiaan avohuollon palveluja ennen sijoitusta. Niistä sijoitetuista nuorista, joiden taustalla oli vahvasti päihdeongelmat, vain 35 prosenttia on saanut apua päihdeongelmaan palveluista (Peruspalvelujen tila 2016). Säännöllisten iäkkäiden palvelujen piirissä on viidennes 75 vuotta täyttäneistä. Palveluiden järjestämisessä iäkkäiden asiakkaiden palvelutarpeiden mukaan on alueellisia eroja. Vammaispalveluja koskevan erityislainsäädännön tarkoituksena on vammaisten henkilöiden osallisuuden ja itsenäisen suoriutumisen edistäminen. Kuitenkin palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelusuunnitelmien ja erityishuolto-ohjelmien tekemisessä on edelleen puutteita. Kaikille vammaisille henkilöille ei tehdä asianmukaisia suunnitelmia tai toteuteta palveluja ja suunnitteluprosessissa ilmenneiden tarpeiden mukaisena. Lakia sovelletaan keskittyen yksittäisiä palveluja koskeviin päätöksiin sen sijaan että arvioitaisiin kokonaisvaltaisesti vammaisen henkilön tarpeita ja palvelujen kokonaisuutta. Puutteet kokonaisuuden arvioinnissa korostuvat etenkin silloin, kun vammaisella henkilöllä on vaativia ja monialaisia tuen ja avun tarpeita tai kun kyseessä on vammaisen lapsi, jolloin koko perheen tarvitsema tuki tulisi ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon.

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) mukaan osa väestöstä ei saa tarpeeseensa nähden riittävästi terveyskeskusten tarjoamia palveluja. Vuonna 2015 kyselyyn vastanneista 28,8 prosenttia arvioi, etteivät olleet saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi terveyskeskuslääkäreiden palveluita (Peruspalveluiden tila 2016). Vuonna 2014 perusterveydenhuollon avohoidon käyntejä oli 67,6 prosentilla väestöstä yhteensä noin 23,9 miljoonaa ja asiakkaita 3,7 miljoonaa. Vuonna 2014 terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluja käytti 33,4 prosenttia väestöstä ja käyntejä oli 4,9 miljoonaa ja asiakkaita 1,8 miljoonaa. Terveyskeskusten lisäksi Kelan korvaamia yksityishammashoitokäyntejä oli vuonna 2014 väestössä yhteensä noin 2,8 miljoonaa.

Hoidon saatavuutta arvioidaan terveyskeskuspalvelujen käytöllä ja pääsyllä perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon kiireettömään hoitoon terveydenhuoltolain edellyttämällä kriteereillä. Maaliskuussa 2015 välitön yhteyden saanti toteutui terveyskeskusten johtavien lääkäreiden mukaan 72 prosentissa terveyskeskuksista. Lokakuussa 2015 48 prosenttia kiireettömistä lääkärin avosairaanhoidon käynneistä toteutui viikon kuluessa yhteydenotosta terveyskeskukseen. Lääkärin avosairaanhoidon käynneistä kahdessa prosentissa käynti toteutui yli kolmen kuukauden kuluttua yhteydenotosta. Keskimääräiset lääkärin avosairaanhoidon kiirettömän vastaanottokäynnin toteutumajaajat olivat kuitenkin korkeampia heijastaen osalla asiakkailta olleen varsin pitkiä odotusaikoja päästäkseen lääkärin avosairaanhoidon kiirettömälle vastaanottokäynnille. Hoitajan kiirettömälle avosairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsyä odotettiin yli kolme vuorokautta 32 prosentissa käynneistä ja yli kolme kuukautta alle prosentissa käynneistä.

Lokakuussa 2015 yhteensä 87 prosenttia kiireettömistä hammaslääkärikäynneistä toteutui kolmen kuukauden sisällä yhteydenotosta. Noin viisi prosenttia hammaslääkärikäynneistä oli sellaisia, jotka toteutuivat yli kuusi kuukautta yhteydenotosta. Koko vuoden 2015 tilannetta tarkasteltaessa hoitopääsyä koskevan lainsäädännön mukaisen kiirettömän hammaslääkärin vastaanottokäynnin toteutuman mediaaniaika oli seitsemän päivää. Noin 50 prosenttia käynneistä suuhygienistin luona toteutui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Keskimääräiset kiirettömän hammaslääkärikäyntien toteutumajaajat olivat kuitenkin huomattavasti korkeampia, joka kertoo osalla asiakkaista olleen poikkeuksellisen pitkiä odotusaikoja päästäkseen hammaslääkärin kiirettömälle vastaanotolle (Peruspalveluiden tila 2016).

Erikoissairaanhoidossa hoidon saatavuus on parantunut kiirettömän hoidon osalta. Hoitopääsyn lainsäädännöllä ja sen toimeenpanon seurannalla on ollut suuri vaikutus tähän. Sairaanhoidopiirit ovat lyhentäneet kiirettömän hoidon jonoja organisoimalla työtä uudelleen ja lisäämällä esim. erillissopimuksilla iltatyönä, palvelujen ostolla ja palveluseteleillä. Edelleen kiirettömään hoitoon odotetaan keskimäärin 1—2 kuukautta. (Peruspalveluiden tila 2016).

Perusterveydenhuollon palvelujen kohdentuminen väestössä sisältää piirteitä, jotka viittaavat väestön eriarvoistumiseen. Tutkimusten mukaan terveyskeskusten asiakaskunnasta suurin osa on alimpiin tulo- ja koulu-

tusluokkiin kuuluvaa väestöä kun taas suurituloiset käyttävät enemmän työterveyshuollon ja yksityisen sektorin lääkäripalveluja. Vuonna 2013 toteutetun Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselytutkimuksen mukaan alimmassa tuloluokassa (tuloviidenneksessä) terveyskeskuslääkäriässä oli viimeisen vuoden aikana käynyt lähes joka toinen vastanneista (46 %); vastaava osuus ylimmässä tuloluokassa oli 25 prosenttia. Alimpien sosioekonomisten ryhmien palvelujen käytön suuntautuminen enemmän terveyskeskuksiin ja ylimpien sosioekonomisten ryhmien palvelujen käytön painottuminen työterveyshuoltoon on tasa-vertaisuuden näkökulmasta ongelmallista. Suun terveydenhuollossa ikääntyvän väestön palvelujen käyttö on hoidon tarpeeseen nähden yhä liian vähäistä eikä terveyskeskuksissa pystytä tarjoamaan säännöllistä hammashoitoa sitä eniten tarvitseville potilasryhmille. (Peruspalveluiden tila 2016). Suomalaisista 4 prosenttia ilmoitti vuonna 2013, etteivät he ole saaneet tarvitsemaansa hoitoa kustannusten, etäisyyden tai potilaskonjonien vuoksi. Tätä korkeammat osuudet olivat vain Italiassa, Virossa, Puolassa, Kreikassa ja Latviassa (OECD: Health at a Glance 2015).

Voimassa olevassa asiakasmaksulainsäädännössä on säännökset ainoastaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Yksityiset palvelunantajat ovat voineet hinnoitella palvelunsa omista lähtökohdistaan käsin. Asiaksmaksuilla on merkittävä ohjausvaikutus palvelujen käyttöön. Perustuslakivaliokunta on lausunnoissaan (PeVL 39/1996 ja 8/1999) todennut, että asiakkaan taloudellinen asema ei voi olla esteenä palveluiden saamiselle, eivätkä asiakasmaksut saa siirtää palveluja niitä tarvitsevien tavoittamattomiin. Erityisesti terveyspalveluiden jakautuminen vähävaraisten käyttämiin julkisiin ja hyvätuloisten käyttämiin yksityisiin palveluihin on lisännyt väestöryhmien eriarvoisuutta. 15 OECD maan vertailussa vain Virossa ja USA:ssa oli Suomea suurempaa eriarvoisuutta lääkäripalveluihin pääsyssä (OECD. Finland fit for the future. February 2013).

### 2.3.2 Valinnanvapauden toteutuminen

Asiakkaan valinnanvapaudella tarkoitetaan yksilön oikeutta valita palvelupaikka ja häntä palveleva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö. Valinnanvapaudesta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon valinnanvapaudesta säädetään eri tavoin ja toteutetaan eri keinoin.

Terveydenhuollossa valinnanvapauden sisältö vaihtelee riippuen siitä, onko kyse julkisesta terveydenhuollosta, sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavasta yksityisestä terveydenhuollosta tai rajat ylittävistä terveydenhuollosta.

Sosiaalihuollon lähtökohdat valinnanvapauden toteuttamiseen puolestaan eroavat terveydenhuollon lähtökohdista. Yhteistä terveydenhuollon kanssa on toiminnan asiakaslähtöisyyden, asiakkaan itsemääräämisoikeuden sekä asiakkaan omien toimintaedellytysten vahvistaminen. Eroja suhteessa terveydenhuoltoon on valinnanvapauden kohdentamisessa ja toteuttamistavoissa.

Sosiaalihuoltolaissa ei ole säännöksiä asiakkaan oikeudesta valita sosiaalihuollon toteuttajaa. Asiakkaalla on oikeus kuitenkin osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sosiaalihuoltolain keskeisenä periaatteena on, että sosiaalihuoltoa koskevia päätöksiä ja ratkaisuja tehtäessä ja sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan etu. Lisäksi sosiaalihuollossa erityisesti yksittäisten palvelujen, kuten asumispalvelujen, turvaamisessa käytetään jo nyt paljon ostopalveluja yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä, jolloin on jo olemassa vaihtoehtoja ja palveluvalikoimaa suuressa osassa maata.

Valinnanvapaus on lähtökohtana myös vammaispalvelulain mukaisen henkilökohtaisen avun järjestämisessä etenkin työnantajamallissa. Työnantajamallissa asiakas on työnantaja, joka palkkaa valitsemansa avustajan ja käyttää direktio-oikeutta siinä avussa, jota saa. Lisäksi kotitalousvähennyksestä säännökset mahdollistavat asiakkaalle tietynlaisen valinnanvapauden. Asiakkaalla on mahdollisuus saada verovähennys tietyistä sosiaalihuoltolaissa sosiaalipalveluiksi määritellyistä palveluista, lähinnä kotipalveluista ja niihin sisältyvistä tukipalveluista. Verovähennykseen oikeuttavia palveluja ovat kotitaloustyön väliaikaisesta verotuesta annetun lain mukaan muun muassa tavanomainen kotitaloustyö ja tavanomainen hoiva- ja hoitotyö.

Palvelusetelijärjestelmä ja ostopalvelu laajentavat osaltaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapautta ja mahdollisuuksia hankkia tarvitsemiaan palveluita yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Palveluseteli on yksi kuntien käytettävissä olevista palveluiden järjestämistavoista, joten sen käytön laajuudesta ja myöntämisestä päättää kunta. Kunta hyväksyy ne yksityiset palvelujen tuottajat, joiden palvelujen maksamiseen asiakas voi käyttää kunnan myöntämää palveluseteliä. Kunnan ja palveluntuottajan välille ei kuitenkaan synny sopimussuhdetta, vaan sopimussuhde syntyy asiakkaan ja palveluntuottajan välille. Kunnan on määritettävä palvelusetelin arvo niin, että se on asiakkaan kannalta kohtuullinen. Palvelusetelin arvo voi kattaa ostetun palvelun kokonaan tai osittain, jolloin asiakas maksaa palveluntuottajalle omavastuusuuden. Asia-

kas ei voi vaatia palveluseteliä. Asiakas voi kuitenkin aina kieltäytyä hänelle myönnetystä palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet muilla tavoin järjestettävien palvelujen piiriin.

Palveluseteli ei sovi sellaisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämiseen, joissa asiakkaan ei ole mahdollista valita itse palvelujen tuottajaa, kuten kiireelliseen hoitoon tai tahdosta riippumattomaan hoitoon. Erikoissairaanhoidossa palveluseteli on osoittautunut olevan toimiva järjestelmä esimerkiksi silloin, kun kyseessä on hyvin rajattu ja selkeä suhteellisen yksinkertainen hoitokokonaisuus. Tällaisesta esimerkkinä voidaan käyttää kaihileikkausta, jossa komplikaatoriski on pieni.

Vammaispalveluissa palveluseteli on nykyisin käytössä laissa säädettyinä yhtenä henkilökohtaisen avun toteuttamistapana. Palveluseteliä käytetään etenkin vakituisen avustajan sijaistamisesta huolehtimisessa. Vammaisten henkilöiden palvelujen keskeiset tavoitteet asiakaslähtöisyydestä sekä asiakkaan osallisuuden, itsemääräämisoikeuden ja asiakkaan omien toimintaedellytysten vahvistamisesta puoltavat valinnanvapauden mahdollistamista laajasti myös vammaisten henkilöiden palveluissa. Samalla on kuitenkin huolehdittava riittävästä tuesta valinnanvapauden käyttöön ottaen huomioon vammaisten henkilöiden monimuotoiset tuen tarpeet kuten muidenkin asiakasryhmien kohdalla. Valinnanvapauden lähtökohta sisältyy myös YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevaan yleissopimukseen, jonka Suomi on ratifioinut.

OECD on toistuvasti ehdottanut valinnanvapauden lisäämistä terveydenhuollossa. Samaa päätyi suosittelemaan STM:n tilaama sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kansainvälinen ennako-arviointi (STM 2016). Asiakastytyväisyyssmittauksen yhteydessä on kysytty asiakkaiden näkemyksiä vapaudesta valita terveysasema. Asiakkaat pitivät valinnanvapautta tärkeänä. Kuitenkin huomattavasti pienempi osa asiakaskyselyyn vastanneista koki, että vaihtamiseen olisi todellista mahdollisuutta. Asiakkaat pitivät tietoa palvelujen laadusta ja saatavuudesta riittämättömänä. Terveysaseman keskeiset vaihtamisen syyt olivat palvelujen sijainti, laatu ja saatavuus. Terveysaseman vaihtajia oli hyvin vähän väestöön suhteutettuna (2–4 prosenttia), ja terveysaseman asiakkaista kahdeksan prosentti (Peruspalveluiden tila 2016).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja ajatushautomo Demos Helsingin yhteisessä *Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi* — hankekokonaisuudessa (VALVA) on selvitetty valinnanvapauden muotoutumista sosiaali- ja terveystalveluissa. Hankkeen loppuraportin (Junnila, Maijaliisa; Hietapakka, Laura; Whellams, Anne; Jonsson, Pia Maria; Korhonen, Satu; Seppälä, Timo T. *Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi* — *Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 11/2016) mukaan asiakkaiden valinnanvapaus toteutuu Suomessa vielä heikosti, vaikka jo nyky-lainsäädäntö tarjoaa laajat valinnan mahdollisuudet. Suurin syy valinnanvapauden heikkoon toteuttamiseen on selvityksen mukaan vaihtelevat tulkinnat nyky-lainsäädännöstä ja osin puutteellinen toteuttaminen, jolla on yhteys hajanaiseen kuntajärjestäjäkenttään ja kuntien itsehallintoon. Myös valtion ohjaus ja tuki valinnanvapauden toteuttamiseksi nyky-lainsäädännön mahdollistamalla tavalla on ollut heikko.

Raportin mukaan valinnanvapauteen liittyvien tavoitteiden epämääräisyys ja ristiriitaisuus ovat olleet yksi syy, miksi valinnanvapaus on toistaiseksi jäänyt taka-alalle sosiaali- ja terveystalveluja kehitettäessä sekä kansallisesti että palvelutoiminnan tasolla. Heikko kansallinen ohjaus valinnanvapauden toteuttamiseen on heijastunut myös valinnanvapauskäytäntöjen hitaaseen kehittymiseen toiminnan tasolla ja käytäntöjen erilaistumiseen eri puolella Suomea. Lisäksi asiakkaiden on hankalaa tehdä tietoon perustuvia valintoja puutteellisen vertailutiedon vuoksi. terveydenhuollon sinänsä laaja valinnanvapaus on toistaiseksi toteutettu palvelujen käyttäjien kannalta hankalasti, koska valinnan toteuttamiseen on rakennettu tai käytännössä muodostunut monenlaisia esteitä ja hidasteita. Palvelusetelipalvelujen hyödyntämistä vaikeuttavat kuntakohtaiset käytön perusteet ja usein korkeat omavastuut.

Raportissa esitetään myös suosituksia, joita tulisi ottaa huomioon lainsäädännössä. Näitä ovat esimerkiksi valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tai palvelukokonaisuuksien määrittely sekä tuottajille maksettavien korvausten perusteet ja korvauskäytännöt. Lisäksi tulisi ratkaista kansalliseen ohjaukseen liittyviä kysymyksiä sekä kehittää valinnanvapauden toteutumisen seurantatietoja ja palvelujen tuottajien toimintaa kuvaavia vertailutietoja.

### 2.3.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Hallitus on antanut eduskunnalle 2.3.2017 maakuntauudistusta ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisuudistusta koskevan esityksen (HE 15/2017 vp.), jonka tarkoituksena on perustaa uudet 18 maakuntaa ja säätää niiden hallinnosta ja taloudesta. Lisäksi tarkoituksena on siirtää sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvastuu kunnilta maakunnille alkaen sekä säätää maakuntien rahoituksesta, rahoituksen keräämisen veroperusteista, uudesta kuntien peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmästä, uudistuksen voimaantulosta, henkilöstön asemasta ja omaisuusjärjestelyistä. Eduskunnan käsittelyssä oleviin maakuntauudistusta ja sosiaali-

ja terveydenhuollon järjestämisuudistusta koskeviin lakiesityksiin tehdään perustuslakivaliokunnan 29.6.2017 lausunnon edellyttämät muutokset eduskunnan valiokunnissa vastinemenettelyllä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja maakuntauudistuksen tavoitteena on toteuttaa maakunnalliseen itsehallintoon perustuva palvelu- ja hallintojärjestelmä. Maakuntauudistuksen tavoitteena on sovittaa yhteen valtion aluehallinto ja maakuntahallinto sekä luoda tarkoituksenmukainen työnjako valtion aluehallinnon, maakuntien ja kuntien välille. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta, saatavuutta ja vaikuttavuutta sekä hillitä kustannusten kasvua. Uudistuksen keskeisenä tavoitteena on myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen.

#### *Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen*

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan esityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on maakunnilla. Maakunta suunnittelee ja johtaa sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaisuutta alueellaan. Maakunta myös vastaa tehtäviensä rahoituksesta, vaikka järjestämisvastuu on siirretty toiselle maakunnalle tai tehtävän hoitamisesta vastaa lain perusteella toinen maakunta. Maakunta vastaa myös siitä, että asukkaat saavat lakisääteiset talvelut yhdenvertaisesti ja että eri tuottajien tuottamista talveluista muodostuu sujuvat kokonaisuudet ja palvelu- ja hoitoketjut. Maakunta määrittelee talvelujen tarpeen, määrän ja laadun sekä niiden tuottamistavan, jollei muulla lailla toisin säädetä. Lisäksi se vastaa talvelujen tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta sekä viranomaiselle kuuluvasta toimivallan käytöstä.

Esityksessä säädetään siitä, miten maakunnan pitää järjestää asukkaiden lakisääteiset sosiaali- ja terveystalvelut. Sosiaali- ja terveystalvelujen sisällön, laajuuden ja laadun pitää olla asiakkaiden tarpeen mukaisia. Talvelujen pitää olla yhteen sovitettuja kokonaisuuksia ja ne pitää toteuttaa väestön tarpeiden mukaan lähellä asiakkaita. Talvelujen tuottamista voidaan koota suurempiin kokonaisuuksiin yhden tai useamman maakunnan laajuisesti silloin, kun niiden saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja. Näin voidaan tehdä myös silloin kun talvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä.

Talvelutuotannon ohjaus kuuluu järjestämisvastuussa olevalle maakunnalle. Maakuntalain mukaan tehtävien hoidosta järjestämisvastuussa oleva maakunta vastaa asukkaan laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta ja talvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta sekä järjestettävien talvelujen ja muiden toimenpiteiden: 1) yhdenvertaisesta saatavuudesta; 2) tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä; 3) tuottamistavasta; 4) tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta; 5) viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä, lukuun ottamatta maakunnan liikelaitokselle lailla säädettyä tai hallintosäännöllä siirrettyä toimivaltaa.

#### *Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottaminen*

Maakunnan on omassa toiminnassaan erotettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja talvelujen tuottaminen. Maakuntalaissa säädetään yleisesti maakunnan talvelujen tuottamisesta. Maakunta voi tuottaa talvelut itse tai yhteistoiminnassa muiden maakuntien kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen muulta talveluntuottajalta. Talveluntuottajana voi toimia maakunnan liikelaitos, osakeyhtiö, yhteisö, yhdistys, osuuskunta, säätiö ja itsenäinen ammatinharjoittaja. Järjestämislaissa säädetään sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisen periaatteista. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan esityksen mukaan maakunnan omasta talvelujen tuotannosta ja siinä talveluiden yhteensovittamiseksi tarvittavasta yhteistyöstä maakunnan järjestämisvastuulle kuuluvien talveluiden muiden tuottajien kanssa vastaa maakunnan liikelaitos. Liikelaitoksen yhteensovitustehtävä tarkoittaa yksittäisten asiakkaiden talveluketjujen yhteensovitusta ja on näin konkreettisemmalla tasolla kuin maakunnan järjestämistehtävään kuuluva yleinen yhteensovitus ja talvelusuunnittelu. Maakuntalain ja järjestämislain lisäksi talvelujen tuottamisesta tullaan säättämään erillisessä laissa sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta.

Maakunnan liikelaitos on erillinen julkisoikeudellinen laitos, jota johtaa johtaja ja hallitus. Laitoksen talveluksessa on myös viranhaltijoita, jotka voivat tehdä viranomaispäätöksiä. Maakunnan liikelaitos tuottaa asukkaille julkiset sosiaali- ja terveystalvelut myös silloin, jos niitä ei ole muuten saatavilla. Talveluntuottajalla on monia velvoitteita. Tuottajan on esimerkiksi varmistettava, että talvelukokonaisuudet toteutuvat ja talveluketjut toimivat sovitusti. Maakunta veloitetaan laatimaan sopimus kaikkien talveluntuottajien kanssa. Maakunta päättää talvelustrategiassaan myös yksityisiltä sosiaali- ja terveydenhuollon talveluntuottajilta hankittavien talvelujen vähimmäismäärää koskevat tavoitteet. Lisäksi talvelustrategiassa on määriteltävä, mikä osa hankinnoista kilpailutetaan talvelujen innovatiivisuutta ja kustannusvaikuttavuutta parantavien uusien ratkaisujen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon talvelustrategiassa on myös otettava huomi-

oon asiakkaan valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen ja muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen sovittaminen yhteen siten, että asiakkaiden tarvitsemat palvelut muodostavat tarpeen mukaisen kokonaisuuden.

Laissa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta on tarkoitus säätää oikeudesta tuottaa maakunnan järjestämävastuulla olevia sosiaali- ja terveyspalveluja sekä yksityisiä sosiaali- ja terveyspalveluja. Lain tavoitteena on turvata hyvät palvelut ja edistää yrittäjyyttä vähentämällä yrittäjien hallinnollista taakkaa. Lakiluonnoksen mukaan nykyisistä, palveluntuottajan toimintamuodosta riippuvaisista lupa- ja ilmoituskäytännöistä luovutaan. Sen sijaan siirrytään kaikkia palveluntuottajia yhtäläisesti koskevaan rekisteröintiin ja toimivaan omavalvontaan, joka perustuu palveluntuottajan ja viranomaisen väliseen luottamukseen.

Palveluntuottajan on rekisteröidyttävä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien rekisteriin. Rekisteriin sisältyy myös avoin julkinen tietopalvelu palveluntuottajista. Rekisteri- ja valvontaviranomaisina toimivat sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintovirastot. Palvelujen tuottajien on täytettävä laissa määritellyt rekisteröintikriteerit. Valvontaviranomainen tekee päätöksen tuottajan hyväksymisestä tai hylkäämisestä. Ehdotuksen mukaan palveluntuottajan on turvattava palvelujen laatu, asiakaskeskeisyys, turvallisuus ja asianmukaisuus sekä valvottava niiden toteutumista. Palveluntuottajalla pitää olla kattava omavalvontasuunnitelma.

Maakunnat eroavat toisistaan sen suhteen, kuinka ne tällä hetkellä pystyvät tarjoamaan perustason palveluita asukkailleen. Tämä näkyy vaihtelussa hoitoon tai palveluihin pääsyn odotusajoissa. Kaikkien maakuntien alueella on yksityistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa mukaan lukien yksityislääkäripalveluja, mutta palvelutarjonta vaihtelee huomattavasti maakunnittain. Maakunnissa on myös eroa sen suhteen, kuinka suuri osa väestöstä asuu sisemmällä kaupunkialueella ja kuinka suuri osa asuu harvaan asutulla maaseudulla (taulukko 1 ja 2). Yhdessä nämä tekijät antavat kokonaiskuvan maakuntien erilaisista edellytyksistä lähtötilanteessa valinnanvapauden toteuttamiseen. Tätä on käsitelty tarkemmin vaikutusten arvioinnin luvussa 4.1.2.

Taulukko 1.

Maakuntien alueellinen vertailu: Väestö ja sen osuus kaupunkialueella/maaseudulla sekä sosiaali- ja terveysalan yritysten toimipaikkojen lukumäärä suhteessa väestöön v. 2015						
v. 2015	Väestö	Osuus väestöstä sisemmällä kaupunkialueella	Osuus väestöstä harvaan asutulla maaseudulla	Sote-alan yritysten toimipaikkojen lkm suhteessa väestöön	Korvaukset yksityislääkärin palkkioista (lkm)	Hoitoon pääsyn odotusajat (yli 90 pvä)
MANNER-SUOMI	5 458	32,21	5,34	0,38	1 597 594	
Uudenmaan maakunta	325	58,19	0,03	0,42	548 065	109
Varsinais-Suomen maakunta	1 620	30,47	0,55	0,42	159 991	120
Satakunnan maakunta	261	21,67	3,68	0,36	79 034	49
Kanta-Hämeen maakunta	174 710	23,48	0,20	0,35	50 753	56
Pirkanmaan maakunta	506 114	29,29	1,42	0,39	155 485	29
Päijät-Hämeen maakunta	201 615	32,27	1,31	0,31	57 479	16
Kymenlaakson maakunta	178 688	15,60	0,91	0,33	57 917	36
Etelä-Karjalan maakunta	131 155	12,42	3,02	0,32	31 701	39
Etelä-Savon maakunta	150 305	14,54	23,16	0,36	35 538	23
Pohjois-Savon maakunta	248 129	21,44	11,53	0,37	62 839	21
Pohjois-Karjalan maakunta	164 755	11,28	16,06	0,36	41 100	0
Keski-Suomen maakunta	275 780	19,04	16,81	0,35	64 905	11
Etelä-Pohjanmaan maakunta	192 586	8,46	3,64	0,31	49 382	95
Pohjanmaan maakunta	181 679	20,21	2,27	0,26	41 892	43
Keski-Pohjanmaan maakunta	69 032	16,11	11,01	0,29	13 113	0
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	410 054	18,10	9,14	0,41	89 323	75
Kainuun maakunta	75 324	18,55	30,35	0,32	17 139	**
Lapin maakunta	180 858	13,98	27,20	0,30	41 938	38
Lähde: Tilastokeskus, THL sekä Kelan sairastilastustilasto						



Taulukko 2.

Maakuntien alueellinen vertailu: Julkisten sote-palvelujen henkilöstö vuonna 2014		
	Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö/10 000 asukasta: <i>Terveydenhuolto v. 2014*</i>	Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö/10 000 asukasta: <i>Sosiaalipalvelut v. 2014*</i>
MANNER-SUOMI	242	231
Uudenmaan maakunta	220	188
Varsinais-Suomen maakunta	264	243
Satakunnan maakunta	245	258
Kanta-Hämeen maakunta	197	241
Pirkanmaan maakunta	222	213
Päijät-Hämeen maakunta	213	222
Kymenlaakson maakunta	175	249
Etelä-Karjalan maakunta	187	233
Etelä-Savon maakunta	259	273
Pohjois-Savon maakunta	320	240
Pohjois-Karjalan maakunta	265	246
Keski-Suomen maakunta	236	276
Etelä-Pohjanmaan maakunta	283	289
Pohjanmaan maakunta		
Keski-Pohjanmaan maakunta	274	272
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	284	221
Kainuun maakunta	285	255
Lapin maakunta	290,00	269

Lähde: Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014, THL  
 \*=sairaanhoitopiiritasoinen tieto

#### 2.3.4 Euroopan unionin valtioneuvoston sääntely

EU:n valtioneuvoston sääntely on osa unionin kilpailuoikeutta, jonka tarkoituksena on taata tasavertaiset kilpailuolosuhteet koko unionin alueella. EU:n valtioneuvoston säännökset ovat suoraan sovellettavaa jäsenvaltioita sitovaa oikeutta. EU-oikeuden suhteen pätee niin sanottu ensisijaisuusperiaate; sen mukaan ristiriitatilanteissa kansallisen sääntelyn tai toiminnan kanssa on EU-oikeudelle annettava etusija (C-6/64 Costa v. Enel)

Valtioneuvoston säädetään Euroopan unionin toiminnasta tehdyssä sopimuksessa (SEUT 107 - 109 artiklat). Sääntely on tärkeä osa Euroopan laajuisten sisämarkkinoiden toimintaa ja sen tarkoituksena on varmistaa, etteivät jäsenvaltioiden viranomaiset myönnä sellaisia tukia, jotka vääristävät kilpailua eivätkä siten sovi sisämarkkinoille. EU:n valtioneuvoston sääntely kuuluu komission toimivaltaan, jolla on yksinomainen toimivalta päättää, soveltuuko tuki sisämarkkinoille.

Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen (SEUT) 107 artiklan 1 kohdan mukaan jäsenvaltion myöntämä taikka valtion varoista muodossa tai toisessa myönnetty tuki, joka vääristää tai uhkaa vääristää kilpailua suosimalla jotakin yritystä tai tuotannonalaa, ei sovellu sisämarkkinoille siltä osin kuin se vaikuttaa jäsenvaltioiden väliseen kauppaan. Artiklan sisältö on kehittynyt EU-tuomioistuinten antamien ratkaisujen myötä. Sääntelyssä ja sen tulkinnassa käytetään vakiintuneita käsitteitä, jotka eivät välttämättä suoraan vastaa Suomessa omaksuttuja vakiintuneita käsitteitä tai ilmaisuja. EU-tuomioistuinten ratkaisukäytännössä operoidaan käsitteillä taloudellinen ja ei-taloudellinen toiminta. EU:n valtioneuvoston sääntely koskee vain ns. taloudellista toimintaa. Ei-taloudellista toimintaa sääntely ei koske.

Oikeuskäytännön mukaan taloudellista toimintaa on kaikki toiminta, jossa tavaroita ja palveluita tarjotaan markkinoilla (esim. Asia 118/85, komissio v. Italia, Asia C-35/96, komissio v. Italia, yhdistetyt asiat C-180/98–C-184/98, Pavlov ym.). Se, onko tietyille palveluille markkinat, voi riippua siitä, kuinka kyseiset palvelut on järjestetty asianomaisessa jäsenvaltiossa (esim. yhdistetyt asiat C-159/91 ja C-160/91, Poucet ja

Pistre). Poliittisten valintojen tai taloudellisen kehityksen seurauksena tietyn toiminnan luokittelu voi muuttua ajan mittaan.

Taloudellisen toiminnan käsite liittyy EU:n yhden perusvapauden eli palveluiden tarjoamisen vapauteen ja sen soveltamisalaan, jonka vuoksi taloudellisen toiminnan käsitettä ei voida tulkita suppeasti (asia 53/81 Levin sekä yhdistetyt asiat C-51/96 ja C-191/97 Deliege). Lähtökohtaisesti kaikki palvelut, joita tarjotaan maksua tai korvausta vastaan, katsotaan taloudelliseksi toiminnaksi. Korvauksen luonteeseen kuuluu, että se nimenomaan liittyy suoritettavaan palveluun ja siitä sovitaan yleensä palvelun tuottajan ja palvelun vastaanottajan välillä (asia 263/86 Humbel). EU-tuomioistuinkäytännön mukaan korvauksen ei välttämättä tarvitse olla palveluja käyttävän asiakkaan maksama, vaan riittää, että palvelusta saadaan tosiasiallisesti korvaus jotakin kautta (asia 352/85 Bond van Adverteerders ja muut).

Toimijoita, jotka harjoittavat taloudellista toimintaa, kutsutaan nimikkeellä ”yritys”. Yrityksen käsite on laaja, sillä niitä ovat kaikki taloudellista toimintaa harjoittavat yksiköt riippumatta niiden oikeudellisesta muodosta, rahoitustavasta tai taloudellisen voiton tavoitteesta (esim. Asia C 41/90 Höfner ja Elser). Valtiontukisääntelyn kannalta ei ole merkitystä sillä, onko kyseessä yksityinen vai julkisomisteinen yritys. Myöskään sillä, että toimija ei tavoittele voittoa (esimerkiksi yleishyödyllinen yhdistys) ei ole ratkaisevaa merkitystä arvioinnissa. Jos harjoitettava toiminta on tosiasiallisesti taloudelliseksi katsottavaa, voi yritys-käsitteen määritelmän täyttää myös tällaista toimintaa harjoittava viranomainen.

EU-oikeuskäytännössä yritys-käsitteen sisällön arvioinnissa on otettu huomioon, voivatko kyseistä toimialaan hoitaa vain ja yksinomaan viranomaiset vai onko kyseessä toimiala, jossa myös yksityiset toimijat voivat toimia (esim. asia C-41/90 Elser ja Höfner, yhdistetyt asiat C-159/91 ja C-160/91 Poucet ja Pistre, asia C-475/99 Ambulanz Glöckner). Tämä tulkinta tosin varsin helposti johtaa siihen, että periaatteessa lähes kaikki toiminta on mahdollista tulkita luonteeltaan taloudelliseksi, sillä yksityiset toimijat voivat hoitaa erilaisia tehtäviä hyvin laajasti yhteiskunnassa, pois lukien merkittävän julkisen vallan käyttö. Toisaalta se, että toimialalla toimii yksityisiä yrityksiä, ei vielä itsessään tarkoita, että viranomaisten toiminta kyseisellä toimialalla olisi taloudellista.

Komission on antanut erillisen tiedonannon valtiontuen käsitteestä (Komission tiedonanto Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen 107 artiklan 1 kohdassa tarkoitettua valtiontuen käsitteestä (2016/C 262/01)). Tiedonantoon on koottu EU-tuomioistuinratkaisuja sekä komission päätöskäytäntöä 107 artiklaan perustuen. Tiedonannon kohdan 14 mukaan ”viranomaisen päätös olla sallimatta sitä, että kolmannet osapuolet tuottaisivat tiettyä palvelua (esimerkiksi koska se haluaa tuottaa palvelun itse), ei tarkoita, etteikö kyse voisi olla taloudellisesta toiminnasta. Tällaisesta markkinoiden sulkemisesta huolimatta kyse voi olla taloudellisesta toiminnasta, kun muut toiminnanharjoittajat olisivat halukkaita ja pystyisivät tuottamaan palvelun kyseessä olevilla markkinoilla. Yleisemmin ottaen se, että jokin palvelu tuotetaan itse, ei vaikuta toiminnan taloudelliseen luonteeseen” (Tästä esimerkkinä komission päätös 2011/501/EU valtiontuesta C-58/06, jossa oli kyse Saksan rautateistä ja valtion sisäiseksi yrityksiksi määrittelemistä toimijoista ja niiden saamista julkisesta rahoituksesta kilpailulle avatulla sektorilla. Komissio toteaa päätöksessään (kohta 208), että ”se toisiseikka, että yritykset luokitellaan mahdollisesti sisäiseksi yrityksiksi, ei estä mahdollisia vaikutuksia kilpailuun, sillä nämä yritykset toimivat markkinoilla yhdessä muiden julkisten ja yksityisten yritysten kanssa”).

EU-tuomioistuinten ratkaisukäytännössä on tarkasteltu, onko kyseessä toiminnan harjoittaminen markkinaympäristössä. Tulkinnaissa merkittävää on ollut se, harjoitetaanko toimintaa markkinaolosuhteissa. Markkinaolosuhteille on tunnusomaista muun muassa käyttäytyminen rahastointitarkoituksessa - siis esimerkiksi parhaan tuotto-odotuksen tavoittelu ja saatavien etuuksien tason riippuvuus taloudellisesta tuloksesta.

Viranomaisten verovapaus sekä konkurssisuoja muodostavat ongelman tilanteessa, jossa toimitaan markkinaolosuhteissa ja joissa kyseessä on taloudellinen toiminta. EU:n tuomioistuin on vuonna 2014 antamallaan ratkaisullaan (C-559/12 Ranska v. komissio La Poste) vahvistanut viranomaisilla olevan konkurssisuojan ja verovapauden merkitsevän kiellettyä valtiontukea silloin, kun tämä viranomainen harjoittaa taloudellista toimintaa. EU:n komissio on todennut Suomea koskien vuonna 2007 tehdyssä päätöksessä (komission päätös (2008/765/EY) valtiontuesta C 7/06 (ex NN 83/05), jonka Suomi on myöntänyt Tieliikelaitokselle/Destialle), että organisaation verovapaus ja konkurssisuoja muodostavat kielletyn valtiontuen, jos organisaatio harjoittaa taloudellista toimintaa. Tulkinta johti toimintojen yhtiöittämiseen.

EU:n valtiontukisääntely ei koske ei-taloudelliseksi katsottavaa toimintaa. Ei-taloudelliseksi katsottavalle toiminnalle on lähtökohtaisesti kaksi perustetta. Ensinnäkin ei-taloudellisena toimintana pidetään julkisen vallan käyttöä (esim. asia C-118/85, komissio v. Italia) tai kun valtion viranomaiset toimivat viranomaisen ominaisuudessaan (asia C-30/87, Bodson v. Pompes funèbres des régions libérées). Komission tiedonannon mukaan tällaisia toimialoja ovat esimerkiksi armeija, poliisi, rajavartiolaitos ja vankilarangaistusten organisoin-

ti. Esimerkkilista ei ole tyhjentävä, vaan tulkinta kehittyi EU-tuomioistuinratkaisujen myötä. Eitaloudelliseksi toiminnaksi on tulkittu myös olevan ne tilanteet, joissa toimialaa dominoi tai määrittää vahvasti niin sanottu solidaarisuusperiaate. Solidaarisuusperiaate on tunnustettu nimenomaan sosiaaliturvajärjestelmissä ja terveydenhuoltojärjestelmissä.

Rajanveto näiden kahden käsitteellisen määritelmän (taloudellinen/ei-taloudellinen) välillä on tärkeä, sillä järjestelmän luonteen määrittely - ja vain se - ratkaisee, sovelletaanko EU:n valtioneuvoston päätöksiä vai ei. Tulkinta ei ole yksioikoista, vaan se perustuu aina tapauskohtaiseen, toimialakohtaiseen harkintaan, ja sisältää usein varsin hienosäätöistä punnintaa kyseistä järjestelmää koskevista erilaisista elementeistä. Tämän vuoksi yleistykseksi tulee varoa; jokainen tilanne ja toimiala tarkastellaan aina omana kokonaisuutenaan ja huomioidaan sen omat erityispiirteet.

Järjestelmien luonne riippuu käytännössä siitä, millaisia poliittisia valintoja jäsenvaltioissa on tehty ja tehdään järjestelmien suhteen. Kuten jäljempänä tarkemmin käydään läpi, on jäsenvaltioilla varsin suuri autonomia päättää kansanterveysjärjestelmistään. Komission tiedonannossa (kohta 15) todetaankin seuraavasti: ”Ei ole mahdollista laatia tyhjentävää luetteloa toiminnoista, jotka lähtökohtaisesti eivät koskaan olisi taloudellisia, koska taloudellisten ja muiden kuin taloudellisten toimintojen välinen ero riippuu jossain määrin jäsenvaltioiden poliittisista valinnoista ja taloudellisesta kehityksestä.” Lisäksi järjestelmät voivat muuttua ajassa. Tiedonannon mukaan (kohta 13): ”---- poliittisten valintojen tai taloudellisen kehityksen seurauksena tietyn toiminnan luokittelu voi muuttua ajan mittaan. Mikä ei ole tänään taloudellista toimintaa, voi muuttua sellaiseksi tulevaisuudessa, ja päinvastoin.” Taloudellisen ja ei-taloudellisen toiminnan määritelmät voivat siten elää ja muuttua markkinoiden muuttumisen ja poliittisten valintojen seurauksena.

#### *Jäsenvaltioiden autonomia määrittellä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmänsä*

Sosiaali- ja terveydenhuollolla on erityinen sijansa ja asemansa Unionissa. Ensinnäkin Unionin tavoitteisiin itsessään sisältyy sosiaalinen olottuvuus ja kansanterveyden suojeleminen. EU:n oikeuskäytännössä on vahvistettu ihmisten hengen ja terveyden suojeleminen on olevan perussopimuksissa suojelluista oikeushyväistä ja intresseistä tärkein ja että jäsenvaltioiden asiana on päättää siitä tasosta, jolla ne aikovat suojella kansanterveyttä, ja siitä tavasta, jolla kyseinen taso on saavutettava. (esim. asia C 322/01, Deutscher Apothekerverband, asia C 141/07, komissio v. Saksa, ja yhdistetyt asiat C-171/07 ja 172/07 Apothekerkammer des Saarlandes ym.). Unionin oikeus ei vaikuta jäsenvaltioiden toimivaltaan säätää sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmistään (esim. asia 238/82, Duphar ym, asia C-70/95, Sodemare). Jäsenvaltiot ovat siis itsenäisiä päättämään omista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmistään.

Unionille on annettu eräiltä osin näillä sektoreilla toimivaltaa, mutta tämä toimivalta on luonteeltaan jäsenvaltioiden omia toimia täydentävää, niitä tukevaa tai jäsenvaltioiden toimia yhteen sovittavaa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden erityistä asemaa korostaa myös se, että eräissä tilanteissa Neuvoston tulee tehdä ratkaisunsa yksimielisesti, eli silloin, kun kyse on sopimuksista, jotka koskevat sosiaali- ja terveyspalvelujen kaupan alaa, jos tällaiset sopimukset voisivat vakavasti haitata sosiaali- tai terveyspalveluiden järjestämistä kansallisella tasolla ja vaikeuttaa jäsenvaltioiden vastuun toteuttamista niiden tarjoamisessa.

Euroopan Unionin tavoitteisiin sisältyy itsessään varsin vahvasti sosiaalinen olottuvuus ja kansanterveyden suojeleminen. SEUT 9 artiklan mukaan Unioni ottaa politiikkansa ja toimintansa määrittelyssä ja toteuttamisessa huomioon mm. riittävän sosiaalisen suojeleminen, sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseen sekä ihmisten terveyden korkeatasoisen suojeleminen liittyvät vaatimukset. SEUT 151 artiklan mukaan sekä Unionin että jäsenvaltioiden tavoitteena on, ottaen huomioon sosiaaliset perusoikeudet, mm. riittävä sosiaalinen suojeleminen ja syrjäytymisen torjuminen. SEUT 168 artiklan mukaan kaikkien unionin poliitikkojen ja toimintojen määrittelyssä ja toteuttamisessa varmistetaan ihmisten terveyden korkeatasoinen suojeleminen.

Myös Euroopan unionin perusoikeuskirja on merkityksellinen; EU on sitoutunut yleisesti tiettyihin perusoikeuksiin Unionin tasolla. Perusoikeuskirja hyväksyttiin vuonna 2003 Nizzassa Eurooppa-neuvoston kokouksessa. Oikeudellisesti se tuli velvoittavaksi Lissabonin sopimuksen myötä vuonna 2009. Perusoikeuskirja on oikeudellisesti osa EU:n perussopimuksia Peruskirja kokoa yhteen oikeuksia, jotka on turvattu EU:n perustamissopimuksissa, EU:n tuomioistuimen oikeuskäytännössä, jäsenvaltioiden valtiosääntöperinteessä, Euroopan ihmisoikeussopimuksessa ja Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa sekä muissa kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa. Perusoikeuskirja velvoittaa ennen kaikkea EU:n toimielimiä, mutta myös jäsenmaita silloin, kun ne soveltavat EU-oikeutta, esimerkiksi toimeenpantaessa direktiivejä. Perusoikeuskirja turvaa yksilön oikeuksia ja vapauksia, ja siihen voidaan vedota suoraan mm kansallisissa oikeudenkäynneissä siltä osin kuin on kyse EU-oikeuden soveltamisesta. Perusoikeuskirjan 24 artikla käsittelee lapsen oikeuksia, 25 artikla ikääntyneiden henkilöiden oikeuksia, 26 artikla vammaisten sopeutumista yhteiskuntaan, 34 artikla käsittelee sosiaaliturvaa ja toimeentuloturvaa ja 35 artikla terveyden suojeleminen. Perusoikeuskirja sisältää myös

muun tyyppisiä oikeuksia, eli sosiaalisia, taloudellisia sekä poliittisia oikeuksia, se on eräänlainen kooste erityyppisistä oikeuksista.

Unionilla on siis velvoite edistää sosiaalista ulottuvuutta sekä kansanterveyden suojelua. Jäsenvaltioilla on sen sijaan autonomia määrittellä sinänsä se, minkälaisia sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmiä se ottaa käyttöönsä. SEUT 153 artiklan mukaan ko. sopimuksen perusteella annetut tietyt määräykset eivät rajoita jäsenvaltioille tunnustettua oikeutta määrittellä sosiaaliturvajärjestelmiensä perusperiaatteet eivätkä ne saa vaikuttaa olennaisesti näiden järjestelmien rahoituksen tasapainoon tai myöskään estää jäsenvaltiota pitämästä voimassa tai toteuttamasta tiukempia suojatoimenpiteitä, jos ne ovat sopusoinnussa perussopimusten kanssa. SEUT 168 artiklan mukaan Unionin toiminnassa otetaan huomioon jäsenvaltioiden velvollisuudet, jotka liittyvät niiden terveystalouden määrittelyyn sekä terveyspalvelujen ja sairaanhoidon järjestämiseen ja tarjoamiseen. Nimenomaisesti on todettu, että jäsenvaltioiden velvollisuuksiin kuuluvat terveyspalvelujen ja sairaanhoidon hallinnointi sekä niihin osoitettujen voimavarojen kohdentaminen. Jäsenvaltioiden autonomian järjestelmiensä suhteen on vahvistettu myös EU-tuomioistuinkäytännössä toteamalla, että jäsenvaltiot voivat päättää siitä tasosta ja tavasta, joilla ne aikovat suojella kansanterveyttä. Koska suojelun tason määrittely on jäsenvaltioiden asiana, voi tämä taso myös vaihdella jäsenvaltiosta toiseen (esim. asia C-158/96 Kohll, asia C-157/99 Smits ja Peerbooms, asia C 571/07 Blanco Pérez ja Chao Gómez).

Unionin ja jäsenvaltioiden kesken on kuitenkin myös jaettua toimivaltaa tiettyjen sosiaaliturvan sekä kansanterveyden osalta. Kansanterveydessä jaettua toimivaltaa on tilanteissa, jossa on kyse kansanterveyteen liittyvistä Unionin yhteisistä turvallisuuskysymyksistä. Unionin toimivalta on jäsenvaltioiden sosiaalipolitiikan yhteensovittamista ja jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä tukevaa toimintaa, erityisesti sosiaaliturvan suhteen. Ihmisen terveyden suojelussa Unionilla on toimivalta tukea, yhteen sovittaa ja täydentää jäsenvaltioiden omia toimia.

Jäsenvaltioiden autonomiaa kuvastaa käytännössä se, että ne voivat perustelluissa tilanteissa rajoittaa palvelujen tarjoamisen vapautta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmissään. Rajoitusperusteiksi on hyväksytty ainakin järjestelmien taloudellisen tasapainon vakavan järkkymisen vaara sekä riittävän monipuolisten ja kaikkien saatavilla olevien sairaanhoito- ja sairaalapalveluiden saatavuuden vaarantuminen. Lisäksi on täsmennetty, että sairaanhoito- ja sairaalapalvelujen tarjoamisen vapautta on mahdollisuus rajoittaa silloin, kun tietyn hoitokapasiteetin tai lääketieteellisen pätevyyden ylläpitäminen tietyssä jäsenvaltiossa on välttämätöntä kansanterveydellisistä syistä tai jopa paikallisen väestön eloonjäämisen kannalta. Jäsenvaltiot ja niiden työmarkkinaosapuolet ovat esimerkiksi voineet pätevästi sopia toimialakohtaisten kansallisten eläkekassajärjestelmien perustamisesta ja siitä, että ko. toimialojen yritysten on niihin kuuluttava (Asia C-219/97 Drijvende Bokken sekä yhdistetyt asiat C-115/97 - 117/97 Brentjens), joissa oli kyse Alankomaiden eläkekassoista eräillä toimialoilla (satamatyöntekijät, rakennustarvikeala). Tuomioistuin katsoi, että Alankomaiden työmarkkinajärjestöt ovat voineet päättää ko. eläkekassojen perustamisesta ja niiden jäsenyyden pakollisuudesta, eivätkä nämä päätökset niiden luonteensa vuoksi kuulu perustamissopimuksen 85 artiklan (nykyinen SEUT 105 artikla, komission toimivalta valvoa kilpailusäännösten -101 ja 102 artikla - soveltamista) soveltamisalaan.

Jäsenvaltiot eivät voi autonomian nimissä ottaa käyttöön kuitenkaan täysin perusteettomia rajoituksia (esim. asiat C-570/07 ja C-571/07 Blanco Perez ja Chao Gomez, asia C-531/06, komissio v. Italia, yhdistetyt asiat C-171/07 ja C-172/07, Apothekerkammer des Saarlandes). Siten jokaisen rajoituksen tulee olla tarpeellinen ja tosiasiallisesti perusteltu, sekä myötävaikuttaa tosiasiallisesti järjestelmän tavoitteiden toteutumiseen. Jäsenvaltioiden tulee noudattaa suhteellisuusperiaatetta. Oikeuskäytännössä tilanteita on tarkasteltu siitä lähtökohdasta, voidaanko kansallista sääntelyä todella pitää perustelluna pakottavien syiden vuoksi, ja jos voidaan, ei sääntelyllä voida ylittää sitä, mikä on objektiivisesti tarpeen asiassa, ja että tavoitetta ei olisi voitu saavuttaa vähemmän rajoittavilla säännöillä (esim. asia 205/84, komissio v. Saksa, asia C-180/89, komissio v. Italia, asia C-106/91, Ramrath). On myös niin, että jäsenvaltioiden toimivalta ei ole täysin rajoittamatonta (asia C-103/06 Derouin). Asiassa C-158/96, Kohll oli kyse Luxemburgissa asuvan perheen oikeudesta saada korvaus Saksassa tehtävistä hammaslääkäripalveluista. Korvaus edellytti Luxemburgin antamaa ennakkolupaa. Tuomioistuin katsoi, ettei asiassa oltu esitetty sellaisia kansanterveyden suojelemisen kannalta relevantteja tai merkittäviä perusteita, joiden vuoksi tällainen ennakkolupa olisi ollut peruteltu. Ennakkoluvan katsottiin kuitenkin olevan vastoin palvelujen tarjoamisen vapautta).

Kansanterveysjärjestelmät poikkeavat jäsenvaltioiden autonomian johdosta varsin suuresti toisistaan. Komission tiedonannossa tämä todetaan seuraavasti: ”Unionin terveydenhuoltojärjestelmissä on suuria eroja jäsenvaltioiden välillä. Se, missä määrin terveydenhuoltopalvelujen tarjoajat kilpailevat keskenään markkinaympäristössä, riippuu pitkälti kansallisista ominaispiirteistä”.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut kuuluvat kuitenkin, autonomiasta riippumatta tai siitä huolimatta, EU:n valtiontukisääntelyn piiriin. EU:n oikeuskäytännössä on vahvistettu se periaate, että terveydenhuoltopalveluita, myös ilmaiseksi sen saajille annettavia, on pidettävä EU:n perustamissopimuksen mukaisina palveluina (esim. yhdistetyt asiat 286/82 ja 26/83, Luisi ja Carbone sekä Asia C-159/90, Society for the Protection of Unborn Children Ireland, asia C-157/99, Smits ja Peerboims). Siten terveydenhuoltopalveluita arvioidaan myös EU:n valtiontukisääntelyn eli 107 artiklan näkökulmasta. Samoin näitä palveluja arvioidaan mm. vapaan liikkuvuuden ja sijoittautumisvapauden kannalta. EU - sääntelyn soveltuvuus näihin palveluihin tarkoittaa käytännössä jäsenvaltioiden autonomian tietynasteista rajoittamista, sillä jäsenvaltioiden tulee kuitenkin huomioida tämä sisämarkkinoille ja kilpailuoikeuteen kuuluva sääntely ja ratkaisukäytäntö omassa toiminnassaan.

#### *Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät ja EU - valtiontukisääntely*

Koska EU:n valtiontukisäännökset koskevat myös jäsenvaltioiden sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmiä, on EU:ssa syntynyt ratkaisukäytäntöä myös näitä toimialoja koskien. Kertyneessä oikeuskäytännössä on ollut kysymys suurelta osin jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmien määrittelystä, mutta myös terveydenhuollosta on oikeuskäytäntöä olemassa. Sosiaaliturvajärjestelmien osalta on käsitelty erityisesti vakuutuspuhjoisia järjestelmiä, joissa on kyse kansalaisten oikeuksista erilaisiin terveyden- ja sosiaalihuollon palveluihin. Jäsenvaltioiden järjestelmät on tulkittu olevan joko ei-taloudellisia tai taloudellisia, riippuen varsinkin yksityiskohtaisesta kokonaisharkinnasta. Tulkinta on vaihdellut sen mukaan, minkälaiset piirteet järjestelmissä ovat nousseet määrääviksi. Suomessa ei ole vastaavanlaista, kattavaa vakuutuspuhjoista sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää kuten monissa muissa jäsenvaltioissa, siksi vertailun tekeminen tässä suhteessa on haastavaa johtuen siitä, että merkittävä osa EU-oikeuskäytännöstä on koskenut vakuutuspuhjoisia järjestelmiä.

Hyvin harvoin jäsenvaltioiden järjestelmät ovat puhtasoppisesti täysin ei-taloudellisia tai täysin taloudellisia. Lähes kaikissa oikeustapauksissa järjestelmillä on ollut sekä ei-taloudellisia että taloudellisia piirteitä ja määrittely on tehty kattavan kokonaisharkinnan perusteella. Järjestelmän luokittelu riippuu eri osatekijöiden ja niiden tärkeyden arvioinnista. Eräs esimerkki tällaisesta yksityiskohtaista kokonaisharkintaa sisältävästä ratkaisusta on asia C-350/07 Kattner Stahlbau, jossa käydään läpi varsinkin yksityiskohtaisesti ja eri elementtejä punniten järjestelmän osatekijät ja se, mikä on järjestelmän luonne kokonaisharkinnan perusteella. Asiassa oli kyse Saksan lakisääteisestä työtaturma- ja ammattitautivakuutusjärjestelmästä, jossa Kattner Stahlbau, metallialan yritys, liitettiin saksalaisen julkisoikeudellisen vakuutuskassan jäseneksi, jonka pakkojäsenyydestä yritys kuitenkin halusi erota (mm. koska muualta EU:sta olisi ollut saatavilla edullisempi, mutta vastaava yksityinen ammattivakuutus). Asiassa oli ratkaistavana saksalaisten ammatillisten vakuutuslaitosten luonne eli olivatko ne ”yrityksiä”. Tuomioistuimien totesi näiden vakuutuskassojen olevan ei-taloudellisia toimijoita ja järjestelmän perustuvan yhteisvastuulle eli sodiaarisuusperiaatteelle sekä järjestelmän olevan myös säännelty ja valvottu. Järjestelmä oli ei-taloudellinen.

Kertyneen oikeuskäytännön perusteella on mahdollista osoittaa niitä elementtejä, joilla on ollut tulkinnessa vaikutusta. Jäsenvaltioiden sosiaaliturvajärjestelmien suhteen ei-taloudellisen toiminnan tunnuspiirteinä on katsottu olevan ainakin seuraavia seikkoja. Ensinnäkin yhteisenä nimittäjänä ei-taloudellisille järjestelmille on ollut se, että järjestelmän tavoite on katsottu olevan yksinomaan sosiaalinen, toisin sanoen se, että järjestelmän tarkoituksena on toteuttaa tiettyä, julkilausuttua sosiaalista tavoitetta tai tavoitteita. Esimerkiksi yhdistetyissä asioissa C-159/91 ja C-160/91 Poucet ja Pistre oli kyse Ranskan sosiaaliturvajärjestelmän ja siihen kuuluvien sairausvakuutuskassojen toiminnan luonteesta. Ratkaisussa todetaan, että järjestelmällä pyritään sosiaaliseen tavoitteeseen, koska sillä pyritään vakuuttamaan kaikki (itsenäiset ammatinharjoittajat) sairauden, vanhuuden, kuoleman ja työkyvyttömyyden varalta. Myös asiassa C-218/00 Cical, jossa oli kyse Italian työtaturmia koskevasta vakuutusjärjestelmästä, todettiin, että järjestelmän tavoite on sosiaalinen. Järjestelmän on katsottu toteuttavan sosiaalista tavoitetta muun muassa sen takia, että Italian lakiin perustuvalla työtaturmia ja ammattitauteja koskeva järjestelmä on varsinkin kattava, siinä säädetään pakollisesta sosiaalisesta suojelusta riskialttiissa toiminnassa toimiville, turva on riippumaton tuottamuksesta eli oliko vahinko itse aiheutettua, ja lisäksi etuuden saa, vaikkei pakollisia maksuja olisi maksanut.

Yksinomaan järjestelmän sosiaalinen tavoite ei kuitenkaan vielä sellaisenaan ole riittänyt estämään toiminnan pitämistä taloudellisena toimintana tai toisin sanoen riittänyt tulkintaan siitä, että järjestelmä olisi luonteeltaan ei-taloudellinen (esim. yhdistetyt asiat C-180/98 - C-184/98 Pavlov ym). Sosiaalinen tavoite on pikemminkin ollut lähtökohta, jonka lisäksi järjestelmän muiden ominaisuuksien analysoinnilla on päädytty pitämään järjestelmää joko ei-taloudellisena tai taloudellisena.

Jotta järjestelmän on katsottu olevan luonteeltaan ei-taloudellinen, on sen tullut toteuttaa sosiaalisen tavoitteen lisäksi niin sanottua yhteisvastuun periaatetta. Yhteisvastuun periaatetta kutsutaan myös solidaarisuusperiaatteeksi. Solidaarisuusperiaatteeseen on katsottu kuuluvan seuraavia elementtejä: järjestelmään kuulu-

minen on pakollista, järjestelmä rahoitetaan henkilöiden tuloihin suhteutetuilla maksuilla ja pienituloisimmat on voitu vapauttaa maksuista. Saatavat etuudet ovat kuitenkin samat kaikille, eivätkä riipu maksettujen maksujen määrästä. Solidaarisuusperiaatteen on katsottu merkitsevän tulojen uudelleen jakamista paremmassa asemassa olevien ja niiden välillä, jotka muutoin jäisivät ilman sosiaaliturvaa, ottaen huomioon heidän varallisuusasemansa ja terveydentilansa (mm. sairaus- ja eläkevakuutusjärjestelmät yhdistetyt asiat C-159/91 ja C-160/91 Poucet ja Pistre, vastaavia seikkoja korostettu Italian työtaturmien vakuutusjärjestelmän osalta asiassa C-218/00 Cital). Lisäksi merkitystä on annettu sille, onko järjestelmä voittoa tavoittelematon, ja sille, miten säänneltyä ja valvottua järjestelmä on.

Ei-taloudelliset järjestelmät siis perustuvat lähtökohtaisesti pakollisuuteen, esimerkiksi vakuutus pohjaisissa järjestelmissä pakollinen jäsenyys eläkekassaan tai vakuutuslaitokseen. Lisäksi pakollisuuteen kuuluu pakollisten jäsenyysmaksujen tai muiden pakollisten maksujen suorittaminen. Pakollisuuteen liittyy ajatus järjestelmien taloudellisen tasapainon turvaamisesta. Mikäli pakollisuutta ei olisi, murentuisi järjestelmältä pohja, sillä maksajia ei välttämättä enää saataisi tarpeeksi ylläpitämään sanottua kattavaksi tarkoitettua järjestelmää.

Lisäksi punninnassa on annettu merkitystä sille, valvooko valtio tai viranomainen kyseistä järjestelmää ja miten säänneltyä toimiala on. Merkitystä on annettu myös sille, millainen liikkumavara toimijoilla on, esimerkiksi, voivatko toimijat itse määrittellä perittävien maksujen suuruutta asiakkailta, vai onko asia säännelty toimijoita pakottavasti (esim. sairaus- ja eläkevakuutusjärjestelmät Asiassa Poucet ja Pistre). Terveystaloutta koskien yhdistetyissä asioissa C-264/01, C-306/01, C-354/01 ja C-355/01 ”AOK Bundesverband”, koskien Saksan lakisäätteistä sairausvakuutusjärjestelmää ja sairaskassoja, EU-tuomioistuin antoi merkitystä sille, että sairaskassojen tehtävä on yksinomaan sosiaalinen, perustuu yhteisvastuun periaatteelle eikä siihen liity voiton tavoittelua. Tuomioistuin tarkasteli kassojen liikkumavaraa ja harkintavaltaa, ja totesi, että niillä ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa tarjottuihin etuuksiin ja ne ovat lisäksi ryhmittyneet keskenään eräänlaiseksi yhteisöksi, joka muun muassa tasaa riskejä, eli ne eivät kilpaile tosiasiallisesti keskenään. Vaikka sairaskassoilla olikin tiettyä liikkumavaraa lääkeryhmien maksuprosenttien vahvistamisessa, ei tämä liikkumavara muuttanut tulkintaa toisenlaiseksi, eli sairaskassojen tulkittiin olevan ei-taloudellisia toimijoita, ei yrityksiä.

Sen sijaan taloudelliseen toimintaan viittaavat seuraavat seikat: järjestelmään liittymisen vapaaehtoisuus, järjestelmän täydentävä luonne pakolliseen järjestelmään (kuten lisäeläkkeet, lisävakuutukset), tuottajien mahdollisuus voiton tavoitteluun, toimijoiden liikkumavara etuuksien ja maksujen määrittelyssä, toiminta rahastointiperiaatteella (etuudet ovat riippuvaisia toimijoiden saavuttamasta taloudellisesta tuloksesta) sekä se, että maksettavat etuudet ovat riippuvaisia maksettujen maksujen määrästä. Jos tällaiset elementit tai ainakin riittävän suuri osa niistä on käsillä, ei järjestelmän sosiaalinen tavoite ja sekään, että järjestelmä sisältää myös solidaarisuusperiaatteen piirteitä, ole estäneet katsomasta järjestelmää taloudelliseksi. Esimerkiksi asiassa C 244/94 *Fédération française des sociétés d'assurance ym.*, jossa oli kyse Ranskan vanhuuseläkejärjestelmästä, on katsottu, että kyseessä oleva toimija harjoitti tosiasiallisesti eläkevakuutusyhtiöiden kanssa kilpailevaa taloudellista toimintaa ja että asianomaisilla henkilöillä oli mahdollisuus valita itse ratkaisu, joka takasi heille parhaan sijoituksen. Näin ollen toimija katsottiin yritykseksi, joka harjoitti taloudellista toimintaa. Asiassa C 67/96 *Albany* oli kyse Alankomaiden eläkejärjestelmästä ja erityisesti lisäeläkkeitä hallinnoivan eläkekassan toiminnasta. Tuomioistuin totesi, että vaikka järjestelmä sisälsikin yhteisvastuuta (solidaarisuusperiaatetta) kuvastavia elementtejä (mm. sosiaalinen tavoite, lisäeläkejärjestelmän pakollisuus sinänsä, toimijan voittoa tavoittelematon luonne, järjestelmän valvonta) kyseinen toimija (eläkekassa) määritti kuitenkin itse maksujen ja etuuksien suuruuden ja toimi lisäksi ns. rahastointiperiaatteen mukaisesti, eli maksettavat etuudet olivat riippuvaisia sen omasta taloudellisesta tuloksesta. Näin ollen eläkekassa harjoitti tosiasiasa vakuutusyhtiöiden kanssa kilpailevaa taloudellista toimintaa, eli kyse oli taloudellisesta toiminnasta.

Yhdistetyissä asioissa C-180/98—C-184/98 *Pavlov ym.* oli kyse Alankomaissa toimivasta erikoislääkäreiden ammatillisesta eläkekassasta. Eläkekassan katsottiin olevan yritys, ts. harjoittavan taloudellista toimintaa. Tuloksentulon perustana oli mm. se, että eläkekassa määrittä itsenäisesti vakuutusmaksujen ja annettavien etuuksien suuruuden sekä toimi rahastointiperiaatteella - etuuksien suuruus riippui siis sen omasta taloudellisesta tuloksesta (sijoitustoiminnassa). Lisäksi erikoislääkärit voivat valita, mistä laitoksesta he hakevat tämän turvansa, ja eläkekassa pystyi myös antamaan vapautuksia tietyin perustein kassaan kuulumispakosta. Tähän lopputulokseen ei vaikuttanut se, että eläkekassa sinänsä toteutti sosiaalista tavoitetta, että sen toimintaan soveltui tietyt solidaarisuusperiaatteeseen kuuluvat seikat (mm. kaikki halukkaat hyväksytään jäseniksi ja kuuluminen on pakollista kaikille ammattikuntaan kuuluville, työkyvyttömyyden suhteen sovelletaan erityisiä turvaamistoimia, vakuutusmaksun suuruus on riippumaton vakuutetun iästä, ja valtio valvoo toimintaa).

Yhdistetyissä asioissa C-115/97-117/97 *Brentjens* todettiin, että Alankomaiden eläkekassajärjestelmästä vastaava toimija (”*Bedrijfspensioenfonds*”) katsottiin yritykseksi, koska toimija määrittä itsenäisesti vakuutusmaksujen suuruuden sekä annettavat etuudet, sekä toimi rahastointiperiaatteella. Sillä, ettei kyseinen elä-

kekassa tavoittele voittoa, ja että järjestelmässä muutoin on solidaarisuusperiaatteelle ominaisia piirteitä, ja että järjestelmän tavoite on sosiaalinen, eivät muuttaneet tulkintaa toiseksi.

EU:ssa on myös vahvistettu, että itsenäisten lääkäreiden ja muiden yksityisten ammatinharjoittajien omalla riskillään korvausta vastaan tarjoamat terveydenhuoltopalvelut katsotaan taloudelliseksi toiminnaksi (yhdistetyt asiat C-180/98–C-184/98 Pavlov ym.). Samat periaatteet koskevat myös apteekkeja.

Terveydenhuoltojärjestelmiä koskien merkityksellistä on ollut, vastaavasti kuin sosiaaliturvajärjestelmien suhteen, hallitsee solidaarisuusperiaate järjestelmää. Lisäksi merkitystä on annettu sille, missä roolissa julkinen sektori toimii järjestelmässä. Myös järjestelmän rahoitusperusta on ollut merkityksellinen.

Espanjan julkisten sairaaloiden asemaa ja roolia on tarkasteltu ratkaisussa Fenin (asia T-319/99 Fenin vs. Komissio). Kyseessä oli tilanne, jossa espanjalaiset julkiset sairaalat ostivat merkittäviä määriä terveydenhuollon laitteita ja tarvikkeita yksityisiltä toimijoilta. Yksityisten toimijoiden mielestä nämä julkiset sairaalat olivat tosiasiaa markkinoilla toimivia yrityksiä ja harjoittivat taloudellista toimintaa ostaessaan tuotteita yksityisiltä. Kiista syntyi, kun julkisten sairaaloiden maksuajat ostetuista laitteista ja tarvikkeista olivat viivästyneet huomattavasti siitä, mitä oli sovittu, ja kantelijat pitivät menettelyä määräävään markkina-aseman väärinkäyttönä ja sairaaloita yrityksinä.

Yhteisöjen tuomioistuin vahvisti aiemmissa ratkaisuisaan tehdyt linjaukset taloudellisen toiminnan ja yritysten käsitteistä; vakiintuneen oikeuskäytännön mukaan yrityksen käsitteeseen kuuluvat yhteisön kilpailuoikeudessa kaikki taloudellista toimintaa harjoittavat yksiköt riippumatta niiden oikeudellisesta muodosta tai rahoitustavasta. Taloudellista toimintaa on tältä osin kaikki toiminta, jossa tavaroita tai palveluja tarjotaan tietyillä markkinoilla. Tuotteen ostamista ei ole erotettava ostajan hankkiman tuotteen myöhemmästä käytöstä tämän toiminnan laadun arvioimiseksi. Tuomioistuin antoi merkitystä asiassa sille, mikä on ostetun tuotteen lopullinen käyttötarkoitus; ”--- sillä, onko ostetun tuotteen myöhempi käyttö taloudellista vai ei, on ratkaiseva merkitys tämän hankinnan luonteen määrittämiseksi. Näin ollen, kun yksikkö ostaa tuotteen ja vaikka se ostaisi tuotteita suurina määrinä, mutta ei tee sitä tarjotakseen tavaroita tai palveluja taloudellisen toiminnan yhteydessä, vaan käyttääkseen näitä tuotteita muunlaisessa toiminnassa, esimerkiksi puhtaasti sosiaalisessa toiminnassa, kyse ei ole yrityksestä pelkästään sen vuoksi, että se toimii markkinoilla ostajana.” (tuomion kohta 36–37).

Kuten todettua, EU-komissiolla on yksinomainen toimivalta tulkita, onko kyseessä kielletty valtiontuki vai ei. Mikäli komission päätöksestä ei valiteta, jää päätös pysyväksi ja se sitoo sellaisenaan ja suoraan jäsenvaltiota. Tämän vuoksi myös komission päätökset ovat merkityksellisiä tulkintalähteitä valtiontukiarvioinnissa. Komissio on antanut Slovakian terveydenhuoltojärjestelmän luonnetta koskevan päätöksen (toimenpiteistä SA.23008 (2013/C) (ex 2013/NN), jotka Slovakia on toteuttanut yritysten Spoločná zdravotná poisťovňa, a. s. (SZP) ja Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VZP) hyväksi, annettu komission päätös (EU) 2015/248). Päätöksestä on valitettu edelleen EU-tuomioistuimeen, joten komission päätös ei ole lainvoimainen.

Slovakiassa on tehty muutoksia sairausvakuutusjärjestelmään. Valtiojohtoisesta järjestelmästä on vuodesta 1994 alkaen siirrytty malliin, jossa sairausvakuutustoimialalla voivat toimia sekä julkiset että yksityiset toimijat. Vuonna 2005 Slovakiassa tehtiin lainsäädäntöuudistus, joka tarkoitti sitä, että kaikkien toimijoiden tuli olla osakeyhtiömuotoisia, voittoa tavoittelevia toimijoita. Uudistuksen tavoitteena oli tehostaa resurssien käyttöä ja parantaa terveydenhuollon laatua.

Slovakiassa kiellettiin voiton jako osinkoina vuonna 2007, mutta tämä kiello todettiin perustuslain vastaiseksi, ja voitonjako osinkoina on ollut taas mahdollista vuodesta 2011 alkaen. Yrityksiä valvomaan perustettiin valvontaviranomainen, joka myöntää toimiluvat ja valvoo, että yritykset noudattavat lainsäädäntöä. Slovakiassa toimii tällä hetkellä kolme sairausvakuutusyritystä, valtion kokonaan omistama osakeyhtiö (”SZP/VZP”), sekä kaksi yksityisomisteista osakeyhtiötä (”Dovera” ja ”Union”). SZP/VZP:n markkinaosuus on suurin, noin 64 % markkinoista vuonna 2013.

Slovakiassa maksuton terveydenhuollon varmistaminen (sairausvakuutus) on perustuslaillinen velvollisuus ja oikeus. Sairausvakuutusyritysten katsotaan huolehtivan ja täyttävän valtion puolesta tämän perustuslaillisen velvollisuuden eli sairausvakuutusten tarjoamisen. Slovakian valtio vastaa lakisääteisesti tämän järjestelmän rahoittamisesta sisältäen myös mahdollisten tappioiden kattamisen. Sairausvakuutuksesta annetun lain mukaan tämä toiminta on yleisen edun mukaista toimintaa, johon käytetään julkisia varoja.

Sairausvakuutusyritysten on lain mukaan tarjottava sairausvakuutuksia Slovakiassa asuville henkilöille. Vakuutuksen ottaminen on Slovakiassa asuville henkilöille pakollista. Pakollinen vakuutus kattaa käytännössä lähes kaikki terveydenhuollon toimenpiteet. Slovakiassa on käytössä valinnanvapaus; vakuutuksen ottaja voi

itse valita, mistä vakuutuksensa ottaa. Vakuutusyhtiötä saa vaihtaa kerran vuodessa. Sairausvakuutusyrityksillä on lakisääteinen velvoite hyväksyä vakuutettavaksi kuka tahansa, edellyttäen, että tämä henkilö täyttää laissa säädetty edellytykset pakollisen vakuutuksen ottamisesta. Yritykset eivät siis voi valita asiakkaitaan eivätkä kieltäytyä antamasta vakuutusta. Vakuutus on tarjottava lakisääteiseen hintaan, riippumatta henkilön iästä, terveydentilasta tai sairastumisriskistä.

Vakuutusmaksut on määritelty laissa, ja ne on suhteutettu vakuutettavan tuloihin (vastaavalla tavalla kuin Slovakian tuloverotus). Maksuissa ei huomioida vakuutettavan riskiä sairastua (kuten ikä tai terveydentila). Vakuutus tarjoaa kaikille vakuutetuille samat palvelut, riippumatta maksettujen vakuutusmaksujen määrästä. tarjottavat etuudet määritellään lainsäädännössä ja niitä voidaan tarpeen mukaan supistaa tai laajentaa. vakuutusyhtiöt itse eivät voi vaikuttaa näiden tarjottavien palveluiden sisältöön, kattavuuteen tai perittäviin maksuihin. Vakuutusyritykset voivat kuitenkin harkinnanvaraisesti ja itsenäisesti liittää täydentäviä lisävakuutuksia tähän peruspakettiin.

Slovakiassa on käytössä vakuutusyritysten keskinäinen riskinjakojärjestelmä ("RES"). Se tarkoittaa, että yritykset, joiden vakuuttamiin henkilöihin sisältyy suurempi riski, ovat oikeutettuja saamaan varainsiirtoja niiltä yrityksiltä, joiden vakuutettuihin liittyy pienempi riski.

Vakuutusyhtiöt voivat neuvotella itsenäisesti siitä, kuka palvelut tuottaa, eli tehdä esimerkiksi alihankintasuorituksia lääkäreiden tai sairaaloiden kanssa. Slovakian valtio on kuitenkin edellyttänyt, että jokaisella vakuutusyhtiöllä on oltava ainakin tietynkoinen maantieteellinen vähimmäisverkosto, jotta palveluiden maantieteellinen kattavuus saadaan varmistettua. Slovakian lainsäädännön mukaan vakuutusyrityksillä on yhtenäiset oikeudet ja velvoitteet. Yritykset eivät voi harjoittaa muuta toimintaa. Niitä valvoo Slovakian valtion valvontaviranomainen.

Komissio toteaa päätöksessään, että useat elementit järjestelmässä viittaavat muuhun kuin taloudelliseen toimintaan, koska järjestelmässä on mm. sosiaalisia erityispiirteitä ja tavoitteita ja koska järjestelmä perustuu keskeisellä tavalla solidaarisuusperiaatteeseen. Ensinnäkin todetaan järjestelmän kattavuus koskemaan valtaosaa Slovakian asukkaita ja että kyseessä on lakisääteinen velvollisuus osallistua järjestelmään. Terveydenhuollon palvelujen tarjonta ei riipu maksetuista vakuutusmaksuista. Vakuutusyhtiö ei voi kieltäytyä myöntämästä vakuutusta, ja vakuutettu voi valita vapaasti tämän yhtiön. Lisäksi komissio toteaa, että vakuutusmaksujen suuruus perustuu lainsäädäntöön, ja suuruus määräytyy vakuutettavan tulojen perusteella, ei riskin perusteella. Lisäksi maksetut vakuutusmaksut eivät millään tavalla vaikuta saataviin palveluihin. Vakuutusyhtiöt eivät voi vaikuttaa vakuutusmaksujen suuruuteen tai suojan vähimmäistasoon, sillä nämä ovat määritelty lainsäädännössä. Lisäksi komissio kiinnittää huomiota siihen, että tämä pakollinen järjestelmä tarkoittaa käytännössä täysin kattavaa ja täydellistä terveydenhuoltoa. Lisäksi käytössä oleva riskintasausjärjestelmä edelleen vahvistaa solidariteettia.

Komissio myös huomauttaa, että järjestelmä on säännelty kattavasti; kaikkien sairausvakuutusyritysten asemasta, oikeuksista ja velvoitteista säädetään laeissa yksityiskohtaisine ehtoineen ja lisäksi valtio valvoo toimintaa. Edellä mainittujen syiden vuoksi komissio katsoo, ettei järjestelmä ole luonteeltaan taloudellista toimintaa eikä mm. valtio - omisteinen osakeyhtiö ole 107 artiklassa tarkoitettu yritys.

Komissio toteaa, että tietyt elementit viittaavat taloudelliseen toimintaan, kuten se, että toimialalla toimii useita sekä julkisia että yksityisiä vakuutuksenantajia, niiden välillä on tietynasteista kilpailua, ne harjoittavat toimintaa voittoa tavoitellen ja Slovakian perustuslakituomioistuimien on todennut, että toiminta on kilpailulle avointa. Komissio jatkaa, että useiden toimijoiden (yksityiset ja julkiset) olemassaolo ei kuitenkaan itsessään viittaa toiminnan taloudelliseen luonteeseen järjestelmässä, jossa sosiaaliset piirteet ja tavoitteet ovat vallitsevia ja jossa toiminta perustuu keskeisellä tavalla solidaarisuusperiaatteeseen ja joka on valtion tiukassa valvonnassa. Komissio toteaa, että muunlainen tulkinta painottaisi kohtuuttomasti niitä organisatorisia järjestelyjä, joita jäsenvaltio on valinnut järjestelmänsä yhden osan toteuttamiseksi - kyseisen järjestelmän varsinaisen sisällön kustannuksella. Lisäksi komissio toteaa, että EU:n tuomioistuimen tuomiosta (C-264/01, C-306/01, C-354/01 ja C-355/01 AOK, koskien Saksan julkista sairausvakuutusjärjestelmää) johtuu, ettei myöskään kilpailumahdollisuuksien olemassaolo tai tosiasiallisen kilpailun vallitseminen, välttämättä viittaa toiminnan taloudelliseen luonteeseen. Ratkaisevaa on kilpailun luonne ja laajuus, olosuhteet, sekä muiden merkityksellisten tekijöiden olemassaolo ja merkitys. Kuluttajien kannalta kiinnostavin kilpailun tyyppi eli hintakilpailu on suljettu Slovakiassa pois. Myös mahdollisuudet laatukilpailuun ovat rajalliset, koska palveluiden sisältö on määritelty laissa ja on kaikille vakuutetuille sama. Vakuutusten tarjoajat eivät siten voi kilpailulla terveydenhuoltoon liittyvien lakisääteisten pakollisten etuuksien myöntämisessä. Tulkintaan ei myöskään vaikuta se, että vakuutusyhtiöt voivat hankkia tuotantopainoksia muilta toimijoilta vapaasti.



Jos järjestelmä on luonteeltaan ei-taloudellinen, myöskään toiminnan edellyttämien tuotantopanosten hankinta ei ole luonteeltaan taloudellista. Tältä osin viitataan Fenin-oikeustapaukseen. Komission mielestä myöskään se, että voiton tavoittelu on sallittua, ei muuta tulkintaa asiassa. Se, että vakuutusten tarjoajat voivat saada voittoja ja jakaa niitä, ei voi itsessään kumota järjestelmän sosiaalisten erityispiirteiden ja tavoitteiden hallitsevuutta, solidaarisuusperiaatteen asemaa ja valtion tiukkaa sääntelyä ja valvontaa.

Komissio toteaa, että voittojen saatavuutta, käyttöä ja jakoa rajoittavat valtion asettamat velvoitteet ko. yrityksille, ja siksi vapaus saada, käyttää ja jakaa voittoja on olennaisesti rajallisempi tällä sektorilla kuin tavanomaisilla kaupallisilla aloilla ja alisteinen sosiaalisille ja solidaarisuuteen liittyville tavoitteille. Komissio katsoo, että Slovakian järjestelmässä esiintyvät kilpailutekijät ja voiton tavoittelu olisi sen sijaan katsottava tekijöiksi, joilla pyritään pääasialliseen tavoitteeseen eli kannustamaan yrityksiä harjoittamaan toimintaansa hyvän hallinnon periaatteita noudattaen järjestelmän asianmukaisen toiminnan edun mukaisesti ja tällä tavoin varmistamaan, että järjestelmän sosiaaliset ja solidaariset tavoitteet saavutetaan.

Toisaalta ns. Brysselin sairaaloita koskevassa ratkaisussa (komission päätös (EU) 2016/2327 valtioneudesta SA.19864 – 2014/C (ex 2009/NN54), jonka Belgia on toteuttanut – Brysselin julkisten IRIS-sairaaloiden julkinen rahoitus) komissio totesi eräiden Belgiassa toimivien julkisten sairaaloiden (ns. IRIS-sairaalat) toimivan yrityksinä. Niiden saamat tuet voitiin kuitenkin katsoa hyväksyttäviksi ns. SGEI-sääntelyn perusteella. Komissio toteaa päätöksessään mm. seuraavaa:

”Silloin, kun sairaalat ja muut terveydenhuoltopalveluiden tarjoajat antavat sairaanhoitoa korvausta vastaan, tulipa tämä korvaus suoraan potilailta tai muista lähteistä, tällaista toimintaa on yleensä pidettävä taloudellisena. IRIS-sairaaloiden tarjoamat sairaanhoitopalvelut korvataan rahoituksella, jota IRIS-sairaalat saavat ---viranomaisilta erilaisina määrärahoina (---), sekä potilaiden suorilla maksuilla (---), joita voidaan siis tässä yhteydessä pitää tarjotuista sairaalopalveluista suoritettavina taloudellisina vastikkeina. Tällaisessa järjestelmässä sairaaloiden välillä on jonkinasteista kilpailua terveydenhuoltopalveluiden tarjonnassa. Se, että tällaisia palveluita korvausta vastaan tarjoava sairaala on julkinen, ei tee kyseisen sairaalan toiminnan luonteesta muuta kuin taloudellista.”

Tarkasteltavana olevassa tapauksessa IRIS- sairaaloiden päätoimialana on sairaalatoiminta, johon kuuluu terveydenhuoltopalveluiden tarjoaminen. IRIS- sairaaloiden kaltaista sairaalatoimintaa harjoitetaan myös muunlaisissa elimissä tai yksiköissä, erityisesti klinikoilla, yksityisissä sairaaloissa ja muissa erikoistuneissa laitoksista, kantelijoiden yksityiset sairaalat mukaan lukien. Näin ollen kyseinen sairaalatoiminta, jota IRIS-sairaalat harjoittavat korvausta vastaan ympäristössä, jossa on kilpailevia osapuolia, on katsottava luonteeltaan taloudelliseksi. Vaikka Belgian kansallisessa terveydenhuoltojärjestelmässä painotetaan vahvasti yhteisvastuullisuutta koskevia näkökohtia, tämä ei anna aiheutta kyseenalaistaa tällaisen sairaalatoiminnan luonteen taloudellisuutta.

Komissio muistuttaa, että sellaisessa kansallisessa terveysjärjestelmässä, jota ministeriöt ja muut elimet hallinnoivat ja joka toimii ”yhteisvastuuperiaatteen mukaisesti, kun sitä rahoitetaan sosiaalimaksuilla ja muilla valtion tuilla ja kun se tarjoaa siihen kuuluville henkilöille yleisesti kattavia palveluita ilmaiseksi”, kyseiset hallinnointielimet eivät Euroopan yhteisöjen ensimmäisen oikeusasteen tuomioistuimen kannan mukaan toimi yrityksinä silloin, kun ne hallinnoivat kansallista terveysjärjestelmää. Komissio kuitenkin katsoo, että on välttämätöntä erottaa toisistaan kansallisen terveysjärjestelmän hallinnointi, jota julkiset elimet hoitavat panemalla täytöntöön tätä tarkoitusta varten valtiollisia erioikeuksia, ja sairaalahoidon tarjoaminen korvausta vastaan kilpailuun perustuvassa toimintaympäristössä. Näin ollen IRIS-sairaalat on katsottava terveydenhuoltopalveluiden tarjoamisen osalta SEUT-sopimuksen 107 artiklan 1 kohdan määritelmän mukaisiksi yrityksiksi.

#### *Suomen sosiaaliturva- ja terveydenhuoltojärjestelmä ja sen EU:n valtioneukilunne*

Suomen julkista terveydenhuoltoa tai sosiaalihuoltojärjestelmää ei ole tähän saakka systemaattisesti määritellyt EU:n valtioneukisäännösten näkökulmasta. Suomea koskien ei ole olemassa EU-tuomioistuinratkaisuja, joissa olisi määritely Suomen sosiaaliturvajärjestelmän tai terveydenhuoltosektorin EU-valtioneukilunnetta. EU-tuomioistuin on tuomiossaan 21.6.2012 C-84/11 ratkaissut Yliopiston apteekin asemaa ja sen erityisoi-keuksien suhdetta vapaaseen liikkuvuuteen, mutta ratkaisu ei suoranaisesti koskenut 107 artiklan eli EU:n valtioneukisääntöjen soveltamista.

EU-komissiolla on yksinomainen toimivalta päättää jäsenvaltioita sitovasti siitä, onko kyseessä kielletty valtioneuki ja tältä osin harkinta edellyttää luonnollisesti sen arvioimista, onko kyseessä taloudellinen vai ei-taloudellinen toiminta. EU-valtioneukisäännöksiä sovelletaan vain taloudelliseen toimintaan. EU-komissiolla on tärkeä merkitys ja toimivalta, sillä sen antamat päätökset jäävät pysyviksi ja sitovat jäsenvaltioita, mikäli

niistä ei valiteta edelleen EU-tuomioistuimeen. Myös EU-oikeuden etusijaperiaatteesta johtuu se, että näitä päätöksiä on noudatettava jäsenvaltioissa ja tarvittaessa korjattava kansallista lainsäädäntöä tai muuta sääntelyä tai käytänteitä.

EU-komissio antanut Suomea koskien päätöksen liikelaitosmuodossa tapahtuvasta toiminnasta infrastruktuuritoimialalla (valtioneuvoston päätös C 7/06 (ex NN 83/05), jonka Suomi on myöntänyt Tieliikelaitokselle/Destialle, tehty komission päätös (2008/765/EY), jäljempänä ”Destia-päätös”). Komissio on lisäksi kirjelmöinyt Suomelle koskien liikelaitos Palmiaa ja yleisemmin Suomen liikelaitosten asemaa ja sääntelyä (komission kirje ”Valtioneuvoston päätös E 2/2010 – Suomi, Tuki kunnallisille liikelaitoksille Bryssel 14/04/2010\*D/6678)

Destia-päätös käsittelee Suomen julkisen tienpidon suunnittelua, rakentamista, ja kunnossapitoa. Kyse oli entisen valtion viranomaisen, tielaitoksen asemasta tilanteessa, jossa Suomen valtio avasi sektorin asteittain markkinoille vuosien 2000 - 2004 aikana uudistamalla tienpitoa koskevaa kansallista lainsäädäntöä. Yleisten teiden suunnittelu, rakentaminen ja kunnossapito avattiin kokonaan kilpailulle vuoden 2004 loppuun mennessä. Uudistuksen nimenomaisena tavoitteena oli siis avata kyseinen sektori kilpailulle. Uudistuksessa valtion tielaitos jaettiin hallinnollisesti tielaitokseen ja tieliikelaitokseen. Edellinen jatkoi osana valtion hallintoa, jälkimmäinen suuntautui markkinoille. Komission tarkastelussa oli kyse etenkin siirtymäkauden 2000 - 2004 rahoitus- ja omaisuusjärjestelyistä tieliikelaitokselle (mm. erilaisia lainajärjestelyitä, henkilöstötoimia, konkurssisuoja ja verovapaus).

Komissio toteaa päätöksessään, että ennen uudistusta tielaitos ei harjoittanut mitään taloudellista toimintaa muun muassa siitä syystä, että se ei lainsäädännökään mukaan saanut tarjota palveluita markkinoilla korvauksista vastaan, vaan sen tehtävänä oli työskennellä yksinomaan valtionhallinnon yksikkönä. Sen sijaan vuodesta 2001 alkaen tilanne muuttui kilpailun avaamisen johdosta, jolloin osa tielaitosta sai ja sen myös tuli tarjota palvelujaan avatuilla markkinoilla. Komissio toteaa päätöksessään, että sekä Suomessa että laajemmin myös muualla Euroopassa tapahtunut tienpidon avaaminen kilpailulle ovat muuttaneet markkinoita kahdella tapaa: ensinnäkin entiset valtion virastot ovat tulleet markkinoille ja toiseksi kilpailijain markkinoiden koko on kasvanut huomattavasti. Komissio päätyi ratkaisuun, jonka mukaan tietyt liikelaitokseen kohdistuvat tukitoimet, muun muassa verovapaus ja konkurssisuoja, merkitsevät kiellettyä valtiontukea, joka ei sovellu yhteismarkkinoille. Tieliikelaitoksen ko. osa yhtiöitettiin osakeyhtiö Destiaksi 1.1.2008 alkaen.

Tapauksessa huomionarvoista on ainakin se, miksi kansallinen lainsäädännön uudistus tehtiin. Uudistuksen tarkoituksena oli nimenomaan kilpailun avaaminen kyseisellä sektorilla ja kyseisten toimintojen kaupallistaminen. Entinen valtionhallinnon toimija muuttui uudistuksen myötä taloudellista toimintaa harjoittavaksi toimijaksi, jonka nimenomaan tuli osallistua kilpailutuksiin ja olla aktiivinen markkinatoimija. Sektorin luonne on ollut tältä osin taloudellinen ja uuden toimijan rooli on ollut kaupallinen. Sinänsä sillä, mistä toimialasta on kyse, ei ole itsessään määrävää merkitystä, vaan EU:n valtioneuvoston tarkastelu tehdään 107 artiklan ja vakiintuneiden, EU-tuomioistuinkäytännössä vahvistettujen tulkintaperiaatteiden perusteella.

Palmia-liikelaitosta sekä yleisemmin suomalaisia liikelaitoksia koskevassa asiassa ja komission kirjelmöinnissä oli kyse kunnan liikelaitosmuodossa toimivasta organisaatiosta, joka harjoitti catering- ja toimitilapalveluja. Palmian asiakkaina toimi erilaisia virastoja ja laitoksia, kuntia, yrityksiä, yksityishenkilöitä ja yhteisöjä. Komissio käsittelee myös yleisesti Suomen lainsäädännön liikelaitoksille suomaa konkurssisuojaa ja verovapaussääntelyä. Komissio pitää kansallista sääntelyä ongelmallisena, koska ei voida olla varmoja siitä, että lainsäädännön suomat rajoittamattomat valtioneuvoston päätökset (konkurssisuoja, verovapaus) liikelaitoksille kohdistuisivat varmuudella vain ei-taloudellisiin toimiin tai aloihin, jotka eivät ole avoimia kilpailulle. Palmia-liikelaitoksen suhteen komissio toteaa, että yritykset kilpailevat keskenään sekä catering- ja toimitilapalvelumarkkinoilla. Osa Palmia-liikelaitoksesta yhtiöitettiin ja Palmia Oy on toiminut vuodesta 2015. Palmiaa koskeva komission kannanotto on relevantti uudessa valinnanvapausmallissa pitäen mielessä sen, että maakunnat voisivat toimia liikelaitosmuodossa.

Vuosina 2014 - 2017 on EU-komissiossa ollut niin sanotussa alustavassa tutkinnassa ensihoitoa ja potilassiirtoja koskeva kantelu. Potilassiirtojen (terveydenhuoltolaki 1326/2010, 73 §) katsotaan olevan taloudellista toimintaa luonteeltaan. Suomi antoi potilassiirtoja koskien komissiolle sitoumuksen, jossa käytännössä estetään viranomaisten toiminta viranomaisrakenteella potilassiirtojen tuottamisessa. Sen sijaan ensihoitoa koskien (terveydenhuoltolaki 40 §) vastaavaa tulkintaa toiminnan taloudellisesta luonteesta ei ole tehty. Suomi on esittänyt, että ensihoidossa on kyse viranomaistoiminnoista, jonka lisäksi sektori on solidaarisuusperiaatteen mukainen. Komissio ei näe ristiriitaa EU:n valtioneuvoston päätösten kanssa, koska se lopetti alustavan tutkinnan kirjeellään 4.7.2017 SA.38980 - väitetty valtiontuki sairaankuljetuspalveluja Suomessa tarjoaville pelastuslaitoksille.

Myös Suomen työterveyshuoltoa on käsitelty EU:n valtioneuvoston näkökulmasta. Työterveyshuolto jaetaan käsitteellisesti vapaaehtoiseen ja lakisääteiseen työterveyshuoltoon. Vapaaehtoisen työterveyshuollon katsotaan olevan luonteeltaan taloudellista toimintaa, jonka vuoksi sitä ei voida tuottaa viranomaisrakenteella. Suomi on sitoutunut yhtiöittämään nykyisin sektorilla viranomaisina toimivat tahot. Työterveyshuollon suhteen on merkillepantavaa se, että siinä niin sanottu solidaarisuusperiaate on varsin heikko, jos ollenkaan voimassa. Työterveyshuolto ei ole valtion velvoite (kuten on tilanne julkisen terveydenhuollon ja sosiaaliturvan suhteen), vaan siitä vastaavat työnantajat. Työterveyshuolto ei tarjoa kattavasti palveluja koko väestölle, vaan ainoastaan tietyille työssä käyvälle. Työterveyshuolto rahoitetaan valtaosin työntajien ja lisäksi työntekijöiden maksamin maksuin. Saatavat palvelut riippuvat siitä, miten paljon työterveyshuollosta kyseinen työnantaja on käytännössä maksanut. Työntajien työterveyshuollon kautta saatavat edut ovat työntajakohtaisia, eivät samoja kaikille työntekijöille. Lisäksi työterveyshuolto on hyvin laajasti avattu kilpailulle, sitä tuottavat lukuisat yksityiset yritykset, joilla on myös täysin itsenäinen liikkumavara mm. hinnoittelun ja palvelun laadun ja sisällön suhteen. Näin ollen työterveyshuollon sektori poikkeaa merkittävässä määrin julkista terveydenhuolto- ja sosiaalihuoltojärjestelmää koskevista periaatteista.

Komissio on tarkastellut alustavassa tutkinnassa myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimintaa laboratoriopalveluissa. Tutkinta ei johtanut jatkotoimiin.

Kuten edellä esitetystä ilmenee, on EU:n valtioneuvoston tarkastelu toimialakohtaista. Yhden toimialan tulkinnasta ei voi vetää johtopäätöksiä toisen toimialan luonteesta, vaan jokaista toimialaa on tarkasteltava huomioiden sen omat ominaispiirteet ja toimintaperustat. Edellä mainitut tapaukset sekä komission alustavat tutkimukset Suomen osalta kuitenkin osoittavat selkeästi, että EU-valtioneuvoston sääntelyllä on merkitystä ja se on tärkeä osa arvioidessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien tuottamistapoja.

### 2.3.5 Valtion lupa- ja valvontavirasto

Valtiovarainministeriössä on valmisteltu hallituksen esitystä valtion lupa-, ja valvontavirastosta. Hallituksen linjauksen mukaan nykyisestä kuudesta aluehallintovirastosta muodostetaan yksi valtakunnallisen toimivalan omaava viranomainen, joka toimii alueellisissa toimipaikoissa. Päällekkäisyydet aluehallintoviraston ja keskushallinnon virastojen välillä on tarkoitus purkaa. Uudistuksessa henkilöstöä ei kuitenkaan keskitetä yhteen toimipisteeseen. Tarkoituksena on, että valtion lupa-, ohjaus ja valvontatehtävien kokoamista valmistellaan siten, että kokoaminen toteutetaan ja valtion lupa- ja valvontavirasto perustetaan sote- ja maakunt uudistuksen voimaantulon yhteydessä 1.1.2020.

Tavoitteena on vastata hallinnon rakennemuutoksen tuomiin haasteisiin ja koota hallituksen linjaamia periaatteita noudattaen valtion aluehallinnossa ja keskushallinnossa hoidettuja valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtäviä siten, että jatkossa tehtävistä vastaavat valtakunnallisesti toimivat virastot. Tehtävien kokoamisella ja toimivallan valtakunnallisuudella tavoitellaan virastorakennetta, joka mahdollistaa nykyistä vaikuttavamman, asiakaskeisemmän, yhdenmukaisemmän ja kustannustehokkaamman valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävien toteuttamisen ja jossa viranomaisten keskinäiset työnjaot ovat selkeitä ja päällekkäiset tehtävät karsitaan. Tavoitteena on luoda virastorakenne, joka tehostaa viranomaisresurssien käyttöä ja tällä tavoin turvaa voimavarojen ja asiantuntemuksen riittävyyttä valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävien hoitamisessa. Valtion valvontatoiminta ja läsnäolo koko maan alueella on tarkoitus turvata ja toteuttaa perusoikeuksien ja julkistalouden kannalta kestävällä tavalla. Esityksen tavoitteena on myös mahdollistaa yhtenäisten toimintatapojen sekä ratkaisukäytännön varmistaminen toisaalta toiminnan valtakunnallisuuden kautta, toisaalta tarkastellen tehtävien kokoamista ja järjestämistä ennen kaikkea asiakaskeisessä.

### 2.3.6 Maakuntien verotuksellinen asema valinnanvapausmallissa

Hallituksen esitykseen 15/2017 sisältyvissä maakuntien verotuksellista asemaa koskevissa säännöksissä on huomioitu hallituksen esityksessä 47/2017 ehdotettu malli asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kyseinen valinnanvapausmalli sisälsi maakunnille velvollisuuden yhtiöittää suoran valinnan palveluiden tuottaminen. Maakunnan yhtiöiden verotuksellinen asema tuloverotuksessa määräytyisi yleisten säännösten mukaisesti, joten ne olisivat tuloverotuksessa automaattisesti samassa asemassa muiden suoran valinnan palveluita tuottavien tahojen kanssa.

Nyt ehdotettava valinnanvapausmallia on muokattu perustuslakivaliokunnan lausunnon (PeVL 26/2017 vp) perusteella muun muassa siten, että maakunnilla ei olisi velvollisuutta yhtiöittää suoran valinnan palveluiden tuottamista. Asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollosta annetun lain 16 §:ssä ehdotetaan, että maakunnalla olisi oltava liikelaitoksessa sosiaali- ja terveydenhuollon suoran valinnan palveluja varten sosiaali- ja terveyskeskus tai -keskuksia ja suunhoidon suoran valinnan palveluja varten suunhoidon yksikkö tai yksiköitä. Maakunnan liikelaitokset ovat osa maakuntaa, joten liikelaitoksen tuottaman tulon tuloverotus-

kohtelu määräytyisi maakuntaa koskevien säännösten mukaan. Maakunnan liikelaitokset olisivat siten tuloverotuksessa eri asemassa kuin yhtiömuodossa toimivat suoran valinnan palveluita tuottavat tahot. Jotta maakunnan liikelaitokset olisivat tuloverotuksessa samassa asemassa muiden suoran valinnan palveluntuottajien kanssa, tulee maakunnan tuottamien suoran valinnan palveluiden verotuskohtelusta säätää erikseen.

## **Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset**

### **Esityksen tavoitteet**

Esityksen tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja, parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua sekä vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan ja jatkuvaan kehittämiseen.

Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteeksi asetettiin terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hillintä sekä ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus. Ohjelman mukaan uudistus suunniteltiin toteutettavaksi kolmessa vaiheessa, jotka olivat sosiaali- ja terveystalouden integraatio ja rakenneuudistus, yksikanavainen rahoitusmalli huomioiden työterveyshuollon asema ja kolmantena valinnanvapauden toteuttaminen ja tuotannon monipuolistaminen.

Myöhemmissä linjauksissaan hallitus on korostanut palvelujen eri tuotantotapojen vertailtavuutta ja edellytyksiä innovaatioiden ja kokeilujen toteuttamiselle. Edellytykset tälle ja asiakaslähtöisesti integroiduille palveluille luodaan kattavalla potilas- ja asiakastiedon integraatiolla. Ihmisten valinnanmahdollisuuksia tuetaan palvelujen yhtenäisillä laatuksilla ja valintaa tukevalla julkisella tiedolla.

Kesäkuussa 2016 hallitus linjasi valinnanvapausjärjestelmän tavoitteita. Toteutettavan valinnanvapausmallin tavoitteena on vastata ihmisten erilaisiin tarpeisiin, antaa valinnanmahdollisuuksia ja parantaa palvelujen laatua, saatavuutta ja niiden yhteensovittamista. Mallin tulee myös kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta sekä tukea itsemääräämisoikeutta ja yksilöiden omaa vastuunottoa terveydestään ja hyvinvoinnistaan.

Tavoitteena on myös vahvistaa peruspalveluja ja mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatio tukemalla tätä tiedon integraatiolla. Lisäksi mallin tulee kannustaa asiakaskeskeiseen toimintaan. Palveluntuottajia kannustetaan palvelujärjestelmän jatkuvaan kehittämiseen ja uudistamiseen sekä tuottamaan palvelut vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti sekä kantamaan hyvinvointi- ja terveysriskiä.

### **Toteuttamisvaihtoehdot**

Edellä 2.2 luvussa on kuvattu eräiden maiden valinnanvapausmalleja. Valinnanvapausmallit ovat kytkeytyneet kunkin maan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen erityispiirteisiin. Asiakkaan valinnanvapauden lisääminen voidaan kuitenkin toteuttaa kansallisestikin usealla eri tavalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama selvityshenkilöryhmä ehdotti väliraportissaan neljä erilaista valinnanvapauden toteuttamisen tapaa: omatiimi, väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus, monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus ja integroitu sosiaali- ja terveyskeskus. Valinnanvapauden laajuus vaihtelee selvityshenkilöryhmän esittämien vaihtoehtojen välillä niin, että laajin valinnanvapaus on omatiimissä ja suppein integroidussa sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Valinnanvapaus on siten selvityshenkilöryhmän esittämissä malleissa laajempi, mitä vähemmän palveluita valittaman perusyksikön vastuulle kuuluu, koska perusyksikön tuottamien palveluiden ulkopuolella olevat palvelut olisivat laajan valinnanvapauden piirissä niin, että asiakas voisi valita ne milto tahansa hyväksytyiltä sosiaali- ja terveystalouden palveluiden tuottajalta.

Selvityshenkilöiden esittämä omatiimi muodostuu omalääkäristä (yleislääkäri), terveydenhoitajasta tai sairaanhoitajasta sekä sosiaalityöntekijästä ja sosiaaliohjaajasta. Sen toiminta sisältää sosiaaliohjauksen, sosiaalityöntekijän, yleislääkärin ja terveyden- ja sairaanhoitajan itsenäiset vastaanotot. Omatiimi vastaa eräissä muissa Euroopan maissa käytettävää perhelääkärimallia, kuitenkin täydennettynä sosiaalihuollon ja -työn asiantuntijalla. Asiakas ilmoittautuu perustason palveluntuottajalle, joka toimii portinvartijana ja tekee ensimmäisen palvelutarpeen arvioinnin. Omatiimi hoitaa sekä portinvartijan roolia suhteessa muihin sosiaali- ja terveystalouden palveluihin että asiakkaan palvelujen ohjausta. Muut kuin omatiimin tuottaman perustason palvelut ovat laajan valinnanvapauden piirissä.

Väestövastuisten sosiaali- ja terveyskeskuksen vastuulle kuuluisi omatiimin sisältyvien palvelujen lisäksi laajemmin sosiaalihuollon palveluita, perhetyö, kasvatus- ja perheneuvonta, päihde- ja mielenterveys- ja

hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy. Monitoimisen sosiaali- ja terveyskeskuksen vastuulle kuuluisi edellisten palvelujen lisäksi äitiys- ja lastenneuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä työterveyshuolto. Integroidun sosiaali- ja terveyskeskuksen vastuulle puolestaan kuuluisi kaikki perustason palvelut ja asiakkaan valinnanvapaus rajoittuisi sosiaali- ja terveyskeskuksen valintaan.

Selvityshenkilöryhmä päätyi ehdottamaan suomalaisen valinnanvapausmallin pohjaksi loppuraportissaan väestövastuista sosiaali- ja terveyskeskusta lasten- ja äitiysneuvolatoiminnalla täydennettynä. Sosiaali- ja terveyskeskukset voisivat hoitaa säädetyt tehtävänsä käyttämällä alihankkijoita ja verkostoitumalla keskenään esimerkiksi erikoisosaamista koskevissa toiminnoissa.

Selvityshenkilöiden ehdottomassa mallissa valtio päättäisi niistä palveluista, joiden kohdalla asiakkaalla on vapaus valita sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaja sellaisiksi hyväksytyjen joukosta (ns. auktorisointimekaniikka tai tuottajarekisteriin hyväksyminen). Kunkin valinnanvapauden piiriin kuuluvan palvelun osalta valtio vahvistaisi tuottajille asetettavat vaatimukset. Lisäksi valtio päättäisi asiakkaalta palvelujen käytöstä perittävistä asiakasmaksuista ja niiden suuruudesta, jotka ovat samoista palveluista samansuuruisia tuottajasta riippumatta. Valtio päättäisi myös maksukatoista ja niiden suuruudesta.

Selvityshenkilöiden mallissa valtio osoittaisi maakunnille sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen rahoituksen, joka perustuisi suurimmaksi osaksi tarvevakioituun kapitaatioon. Lisäksi valtio voisi käyttää terveys- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita ja taloudellisia tehokkuusvaatimuksia tukevia kannustimia. Valtio myös määritteli tuottajien korvauseriaatteet, jotka määrittelevät rahoittajan ja järjestäjän välisen vastuunjaon sekä sen, miten paljon harkintavaltaa valtio maakunnille antaa.

Selvityshenkilöiden esittämässä mallissa maakunta järjestäjänä vastaisi palvelujen tuottajien kanssa laadittavista sopimuksista ja niiden seurannasta (sopimusohjaus) sekä päättäisi tuottajille maksettavien korvausten määrästä valtion määrittelemien korvauseriaatteiden perusteella. Tuottajalle julkisista varoista maksettava korvaus olisi maakunnan tasolla samasta palvelusta kaikille julkisille, yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille yhtenäinen. Maakunta suorittaisi palvelujen tuottajille sopimusten mukaiset valtion säätämien yleisten korvauseriaatteiden perusteella määritellyt korvaukset, valvoisi sopimusehtojen noudattamista ja tarvittaessa huolehtisi sopimukseen kirjattujen seuraamusten toteuttamisesta.

Selvityshenkilöiden ehdottomassa mallissa asiakas valitsisi ensisijaiseksi asiointipaikakseen sosiaali- ja terveyskeskuksen, jonka tehtäviin kuuluu määriteltyjen peruspalvelujen tuottamisen lisäksi suorittaa muita palveluja koskeva ammatillinen tarpeen arviointi (ns. ”portinvartijan rooli”). Asiakas listautuisi valitsemaansa sosiaali- ja terveyskeskukseen vähintään puolen vuoden ajaksi. Tänä aikana asiakas ei voisi käyttää toisen sosiaali- ja terveyskeskuksen palveluja. Maakunta maksaisi sopimuksen mukaisen korvauksen sosiaali- ja terveyskeskukselle listautuneista asiakkaista.

Sosiaali- ja terveyskeskuksen tehtäviin kuuluisi määriteltyjen peruspalvelujen tuottaminen. Muita julkisrahoitteisia valinnanvapauden piiriin kuuluvia peruspalveluja tuottaisivat sosiaali- ja terveyskeskuksen ulkopuoliset palveluntarjoajat. Näitä palveluja voisi saada sosiaali- ja terveyskeskuksen toteaman tarpeen mukaisesti lähteen tai palveluohjauksen perusteella. Valinnanvapauden piirissä olisi myös sosiaali- ja terveyspalveluja, joiden käyttöön oikeuttaa viranomaisen tekemä etuus- tai erityispalvelua koskeva päätös. Maakunta maksaisi korvauksen näistä muista valinnanvapauden piiriin kuuluvista palveluista valtakunnallisesti hyväksytyille tuottajille sen mukaan, millainen korvausmalli kullekin palvelulle on määritetty.

Selvityshenkilöiden esittämä malli noudatti pääosin hallituksen tekemiä linjauksia: valinnanvapaus olisi pääsääntö perustasolla ja soveltuvien osin käytössä erityistason sosiaali- ja terveyspalveluissa, asiakas voisi valita julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan ja malli vahvistaisi perustason palveluja sekä turvaisi nykyistä nopeamman palveluihin pääsyn. Selvityshenkilöiden esittämä malli ei kuitenkaan ollut sellaisenaan valmis toteutettavaksi. Malli jätti avoimeksi kysymyksen palveluintegraation toteuttamisesta, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisesta, viranomaistehtävien sitomisesta osaksi palvelukokonaisuutta sekä pienten ja keskisuurten yritysten mahdollisuuksista toimia valinnanvapauspalvelujen markkinoilla. Lisäksi selvityshenkilöiden esittämä malli jätti sosiaalihuollon palvelujen osalta kysymyksiä jatkoselvittettäväksi erityisesti viranomaispäätösten ja integraation näkökulmasta. Selvityshenkilöiden esittämässä mallissa ei myöskään tarkennettu tuottajien korvauserusteita, mikä jätti avoimeksi toimijoiden taloudellisiin kannustimiin liittyvän monimutkaisen kokonaisuuden, jolla on keskeisiä vaikutuksia järjestelmän toimintaan.

Selvityshenkilöiden esittämän mallin lisäksi virkamiesvalmistelussa oli esillä väestövastuiseen sosiaali- ja terveyskeskukseen sekä omatiimin pohjautuvat valinnanvapausmallit, joissa väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus tai omatiimi olisi julkisija toimijoita. Mallissa mahdollistettaisiin selvityshenkilöiden ehdottama laaja valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa julkisen toimijan tekemän palvelutarpeen arvioin-

nin jälkeen. Mallissa julkinen toimija olisi siten portinvartijana muiden toimijoiden tarjoamiin palveluihin, joita valittaisiin esimerkiksi henkilökohtaisen budjetoinnin tai palveluseteliratkaisujen avulla. Mallin etuna olisi se, että julkinen toimija pystyisi huolehtimaan palvelujen integraatiosta ja palveluketjujen toimivuudesta. Malli myös vähentäisi päällekkäistä palvelutarpeen arviointia ja vahvistaisi asiakkaiden oikeusturvaa. Malli ei kuitenkaan hallituksen linjausten mukaisesti mahdollistaisi laajaa ensivaiheen valinnanvapautta eri toimijoiden välillä, vaan valinnanvapauden toteutuminen edellyttäisi julkisen toimijan arviota palvelutarpeesta.

Virkamiesvalmistelussa oli myös esillä malli, jossa valinnanvapautta lisättäisiin nykyisen järjestelmän pohjalta vaiheittain kokeilujen kautta. Palvelusetelikäytäntöjä, valinnanvapauskorvauksia ja henkilökohtaista budjetointia kehitettäisiin ja valinnanvapausjärjestelmää laajennettaisiin asteittain säilyttäen nykymuotoinen valinnanvapaus ja parantaen sen kattavuutta eri palveluihin ja eri tuottajiin. Mallin etuna olisi se, että julkiseen hallintoon nojaavan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän perusteita muutettaisiin vähitellen ja kokeilujen kautta kohti valinnanvapaus- ja monituottajamallia, mikä antaisi maakunnille ja palvelujärjestelmällä aikaa sopeutua muutokseen, mahdollistaisi lainsäädännön rakentamisen kokemusten perusteella ja vähentäisi riskiä mahdollisten ennalta-arvaamattomien vaikutusten toteutumiseen, joiden korjaaminen voi olla jälkikäteen haastavaa. Malli ei kuitenkaan hallituksen linjausten mukaisesti mahdollistaisi laajaa valinnanvapautta eri palveluntuottajien välillä samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisuudistuksen voimaantumisen kanssa.

Selvityshenkilöiden ehdotusten pohjalta hallitus teki kesäkuussa 2016 linjaukset valinnanvapauslainsäädännön jatkovalmistelusta, joiden perusteella valmisteltiin suomalainen valinnanvapausmalli. Hallituksen linjausten mukaisesti suomalaisessa valinnanvapausmallissa valinnanvapauden toteuttamisen pääkeinot olisivat laajasti perustason palveluja tarjoava sosiaali- ja terveyskeskus, suppeamman palveluvalikoiman omatiimi tai sosiaali- ja terveysasema, palveluseteli ja henkilökohtainen budjetointi. Linjauksen mukaan perustason palveluissa asiakkaille varmistetaan pääsääntönä yhdenvertainen mahdollisuus valita julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tuottaja. Samalla säilytetään nykyinen oikeus valita julkisen sektorin tuottajien välillä. Hallituksen linjausten mukaisesti tavoitteena on, että asiakkailla on mahdollisuus valita palvelutarpeitaan vastaavia, integroituvia palveluita ja että erikokoisilla yrityksillä, mukaan lukien pienet ja keskisuuret yritykset, on mahdollisuudet tarjota palveluja.

Hallitus antoi 9. toukokuuta 2017 eduskunnalle linjausten mukaisen hallituksen esityksen laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtionalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta (HE 47/2017 vp.). Esityksessä ehdotettiin asiakkaalle oikeutta valita palveluntuottaja, tämän toimipiste sekä palveluja antavat ammattihenkilöt tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. Ehdotuksen mukaan maakunnan liikelaitos ei voisi itse tuottaa suoran valinnan palveluja eikä asiakassetelillä annettavia palveluja. Maakunnalla olisi näiden palvelujen osalta yhtiöittämisvelvollisuus.

Eduskunnan perustuslakivaliokunta piti lausunnossaan (PeVL 26/2017 vp.) tärkeänä maakunta- ja soteesityksen ja valinnanvapauslakiesityksen tavoitteita sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden vahvistamisesta, asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien edistämisestä ja palveluiden saatavuuden ja laadun parantamisesta. Valiokunta piti asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien laajentamista erittäin merkityksellisenä ihmisten itsemääräämisoikeuden kannalta. Perustuslakivaliokunta toisti myös käsityksensä siitä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamiselle on olemassa perusoikeusjärjestelmään pohjautuvia painavia perusteita, jotka puoltavat sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuun siirtämistä yksittäisiä kuntia suurempien toimijoiden hoidettavaksi (PeVL 75/2014 vp, s. 2/I). Valiokunta katsoo, että sosiaali- ja terveyspalvelujen tehostamiselle, integraatiolle sekä järjestäjien kantokyvyn vahvistamiselle on olemassa akuutti tarve myös sosiaalisten perusoikeuksien toteutumisen näkökulmasta. Perustuslakivaliokunta kuitenkin katsoi, että valinnanvapauslakiehdotus on erältä perusratkaisultaan ristiriidassa perustuslain kanssa.

Valiokunta katsoi, ettei ehdotettu sääntely erityisesti palveluiden yhtiöittämisvelvollisuudesta ja valinnanvapauden toteuttamisaikataulusta johtuen turvaa perustuslain 6 §:n 1 ja 2 momentin, 19 §:n 3 momentin ja 22 §:n mukaisesti valtakunnallisesti yhdenvertaisella tavalla oikeutta riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Perustuslakivaliokunnan mielestä sääntelyä tulisi muuttaa siten, että julkinen valta voi kaikissa tilanteissa taata sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävän toteutumisen yhdenvertaisesti. Perustuslakivaliokunta katsoi, että valinnanvapauslakiehdotuksen säännös siitä, että maakunta ei itse saa tuottaa suoran valinnan palveluja eikä asiakassetelillä tuotettavia palveluja, sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden yhtiöittämisvelvoitetta merkitsevä säännös on poistettava valinnanvapauslakiehdotuksesta. Perustuslakivaliokunta katsoi myös, ettei ehdotettua uudistusta ole hallituksen esittämässä muodossa mahdollista toteuttaa suunnitellussa aikataulussa niin, että perustuslain 19 §:n 3 momentissa turvatut oikeudet eivät vaarantu. Valiokunta katsoi, että valinnanvapausmallin käyttöönotto tulisi tapahtua vaiheittain. Lisäksi valiokunta piti perustuslain kannalta on-

gelmallisena ehdotuksen sääntelyä julkisten hallintotehtävien laajamittaisesta siirtämisestä yksityisille palveluntuottajille.

Perustuslakivaliokunta päätyi lausunnossaan siihen, että ehdotus valinnanvapauslaiksi voidaan hyväksyä tavallisen lain säätämisyksityksessä vain, jos valiokunnan sosiaali- ja terveyspalveluita koskevasta yhtiöittämisvelvollisuuden poistamisesta, maakuntien oikeudesta itse tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluita, julkisen hallintotehtävän antamisesta yksityiselle, voimaantulo- ja siirtymäsäännöksistä sekä maakuntien tehtävien lakisäätöisyydestä tekemät valtiosääntöoikeudelliset huomautukset otetaan asianmukaisesti huomioon.

Hallitus päätti 5.7.2017, että perustuslakivaliokunnan lausunnon edellyttämien muutosten toteuttamiseksi valmistellaan uusi hallituksen esitys, joka annetaan eduskunnalle alkuvuodesta 2018. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asetti 14.7 virkamiesryhmän ajalle 17.7–31.3.2018 valmistelemaan uuden hallituksen esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapautta koskevaksi lainsäädännöksi, jolla korvataan eduskunnalle annettu hallituksen esitys 47/2017. Virkamiesvalmistelun lähtökohtana on ollut hallituksen esitys 47/2017, jonka mukaiseen valinnanvapausmalliin on tehty perustuslakivaliokunnan lausunnon PeVL 26/2017 edellyttämät muutokset.

### **Keskeiset ehdotukset**

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Laissa säädettäisiin asiakkaan valinnanvapauden sisällöstä, palvelujen tuottajien hyväksymis- ja sopimusmenettelyistä, palvelujen tuottamisesta ja tuottajia koskevista velvoitteista, palveluntuottajille suoritettavista korvauksista sekä tiedonhallinnasta ja valvonnasta.

Ehdotuksen mukaisen valinnanvapauslain lähtökohtana on hallituksen esityksen 47/2017 vp mukainen malli, johon on tehty perustuslakivaliokunnan lausunnossa PeVL 26/2017 vp edellytetyt ja tästä seuraavat muutokset.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaisi maakunta. Maakunnan järjestämisvastuulle kuuluisivat sosiaali- ja terveyspalvelut ovat luonteeltaan ihmisten perusoikeuksia toteuttavia julkisia palveluja. Maakunnan liikelaitos saa tuottaa kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja, paitsi lain nojalla yhdelle tai useammalle maakunnalle keskitettäviä palveluja. Maakunnalla ei ole velvollisuutta yhtiöittää tuottamia palveluja.

Maakunnan liikelaitoksen yhteydessä toimii sosiaali- ja terveyskeskus ja suun hoidon yksikkö. Vaihtoehtoisesti maakunnalla voi olla yksi tai useampi erillinen liikelaitos suoran valinnan palveluja varten (julkiset sosiaali- ja terveyskeskukset ja suun hoidon yksiköt). Maakunta voi myös päättää yhtiöittää osan palveluntuotannostaan ja esimerkiksi perustaa julkisen sosiaali- ja terveyskeskuksen lisäksi myös yhtiömuotoisen sosiaali- ja terveyskeskuksen.

Suoran valinnan palveluja varten asiakas voisi valita kotimaakuntansa tai toisen maakunnan julkisen tai yhtiömuotoisen taikka yksityisen tai kolmannen sektorin ylläpitämän sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suun hoidon yksikön. Julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveyskeskusten ja suunhoidon yksiköiden palveluvalikoima on sama ja ne toimivat samojen maakunnan asettamien edellytysten mukaisesti.

Asiakkaan valinnanvapauden edistämiseksi otettaisiin käyttöön asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti laissa säädetyissä ja maakunnan lain nojalla päättämässä palveluissa. Asiakasseteliä ei käytettäisi sosiaali- ja terveyskeskuksen eikä suun hoidon yksikköjen palveluissa eivätkä julkiset ja yksityiset sosiaali- ja terveyskeskukset voisi myöntää asiakaseteleitä.

Sekä julkisten että yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien tulisi olla rekisteröity palveluntuottajilaissa säädettyyn sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien rekisteriin. Maakunta hyväksyisi sen alueella toimivat yksityiset sosiaali- ja terveyskeskukset, yksityiset suun hoidon yksiköt ja asiakassetelipalvelujen tuottajat. Laissa säädettyjen hyväksymisehtojen lisäksi maakunta voisi asettaa palvelujen tuottajien hyväksymiselle sellaisia ehtoja, joilla turvataan alueen väestön palveluntarpeita vastaavat riittävät palvelut ja edistetään palvelujen yhdenvertaisuutta eri väestöryhmien välillä ja alueellisesti. Maakunnan ylläpitämää hyväksymismenettelyä ei sovellettaisi maakunnan liikelaitoksen yhteydessä toimivaan julkiseen sosiaali- ja terveyskeskukseen ja suun hoidon yksikköön, mutta sitä sovellettaisiin maakunnan mahdollisesti perustamiin yhtiömuotoisiin sosiaali- ja terveyskeskuksiin ja suun hoidon yksikköihin.

Maakunta varmistaisi hallinnollisella ohjauksella, että sen liikelaitoksen osana toimivan julkisen sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suun hoidon yksikön toimintaan ja tuottamiin palveluihin sovellettaisiin vaatimuksia, jotka vastaavat sisällöllisesti hyväksymismenettelyssä asetettuja ehtoja. Maakunta osoittaisi sen liikelaitok-

sen julkiselle sosiaali- ja terveyskeskukselle ja suun hoidon yksikölle rahoituksen samojen periaatteiden mukaisesti, joita se soveltaisi yhtiömuotoisten suoran valinnan palvelujen tuottajien korvauksiin. Näin varmistettaisiin eri toimijoiden mahdollisimman yhdenmukaiset toimintaedellytykset.

Eri toimijoiden vertailtavuuden mahdollistamiseksi maakunnan liikelaitoksen tulisi kirjanpidossaan tehdä näkyväksi liikelaitoksen sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suun hoidon yksikköjen ja erillisten suoran valinnan palveluja tuottavien liikelaitosten toiminnan kustannukset.

### 3.3.1 Asiakkaan valinnanvapaus

Ehdotuksen mukaan asiakkaan valinnanvapaudella tarkoitettaisiin asiakkaan oikeutta valita palveluntuottaja ja tämän toimipiste sekä palveluja antavat ammattihenkilöt tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä. Asiakkaan valinnanvapaus koostuisi niin sanotuista suoran valinnan palveluista, maakunnan liikelaitoksen valinnasta sekä asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla saatavista palveluista. Asiakkaan oikeus valita palveluntuottaja ei koskisi kouluterveydenhuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa ja tahdosta riippumatonta hoitoa.

Maakunnan asukkailla olisi mahdollisuus valita suoran valinnan palveluja varten oman kotimaakuntansa tai toisen maakunnan julkinen tai yhtiömuotoinen taikka yksityisen tai kolmannen sektorin ylläpitämä sosiaali- ja terveyskeskus ja suun hoidon yksikkö ilman maakunnan osoitusta tai maakunnan liikelaitoksen tekemään palveluntarpeen arviointia.

Lisäksi valinnanvapautta edistettäisiin tarjoamalla asiakkaalle mahdollisuus valita palveluntuottaja maakunnan liikelaitoksen tekemän palveluntarpeen arvioinnin perusteella antamalla asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla. Asiakasseteliä ja henkilökohtaista budjettia voisi käyttää palveluissa, jotka on määriteltävä laissa sekä maakunnan erikseen päättämässä palveluissa. Lisäksi edellytyksenä olisi, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö olisi tehnyt palveluntarpeen arvioinnin ja todennut että asiakas tarvitsee palvelua, jossa voidaan käyttää asiakasseteliä tai henkilökohtaista budjettia. Asiakas voisi aina kieltäytyä hänelle tarjotusta asiakassetelistä tai henkilökohtaisesta budjetista, jolloin maakunnan tulee järjestää asiakkaan palvelut muilla tavoin, joko omana toimintana tai ostopalveluna.

Muita kuin suoran valinnan palveluja tai asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla saatavia palveluja varten asiakkaalla olisi mahdollisuus valita oman kotimaakunnan tai toisen maakunnan liikelaitoksen toimipiste. Lisäksi asiakas voisi mahdollisuuksien mukaan valita sosiaali- tai terveydenhuollon palvelua antavan ammattihenkilön.

Asiakkaan valinnanvapaus ei vaikuttaisi asiakkaan oikeuteen saada kiireellistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa asuinpaikastaan riippumatta. Asiakkaalla olisi myös oikeus saada hoitoa tai palvelua muussa kuin valitsemassaan maakunnan liikelaitoksen palveluyksikössä, jos hän oleskelee väliaikaisesti valitsemansa maakunnan liikelaitoksen toimipisteen sijaintikunnan ulkopuolella. Vastaavasti asiakas voisi käyttää myös muun kuin valitsemansa suoran valinnan palveluntuottajan sosiaali- ja terveyskeskuksen tai suunhoidon yksikön palveluja, jos asiakas oleskelee kunnassa, jossa ei ole asiakkaan valitsemansa suoran valinnan palveluntuottajan toimipistettä.

### 3.3.2 Suoran valinnan palvelut

Sosiaali- ja terveyskeskusten tuottamiin suoran valinnan palveluihin kuuluisivat terveydenhuoltolaissa tarkoitettu terveysneuvonta ja terveystarkastukset, terveydenhuollon neuvonta ja ohjaus ja yleislääketieteen alaan kuuluva, terveydenhuollon ammattihenkilön suorittama, vastaanotolla, kotikäynneillä tai etäyhteyksien avulla toteutettava asiakkaiden oireiden, toimintakyvyn ja sairauksien tutkimus, toteaminen ja hoito sekä tähän liittyvät kuntoutusneuvonta ja – ohjaus ja toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi. Myös edellä mainittuihin palveluihin liittyvien todistusten ja lausuntojen antaminen sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimukset kuuluisivat suoran valinnan palveluihin. Sosiaalihuollon palveluista sosiaali- ja terveyskeskusten tuottamiin suoran valinnan palveluihin kuuluisi sosiaalihuollon ammattihenkilön antama sosiaalihuollon neuvonta ja ohjaus. Suun hoidon yksikköjen tuottamia suoran valinnan palveluja olisivat terveydenhuoltolaissa tarkoitettu terveysneuvonta ja terveystarkastukset sekä suusairauksien ennaltaehkäisy ja siihen liittyvä neuvonta ja muut palvelut sekä määräaikaiset suun terveystarkastukset. Lisäksi suoran valinnan palveluihin kuuluisi muu kuin hammaslääketieteen erikoisaloihin kuuluva suun ja hampaiden tutkimus, hoidon tarpeen arviointi ja hoidon suunnittelu, suusairauksien oireiden toteaminen, oireen mukainen hoito ja hammasproteettiset korjaukset sekä iensairauksien ja hammasinfektioiden hoidot sekä suun ja hampaiston korjaavat ja kirurgiset hoitotoimenpiteet. Myös edellä mainittuihin palveluihin liittyvät hammaslääkärin todistukset ja lausunnot sekä kuvantamispalvelut ja vastaanottotoiminta sisältyisivät suoran valinnan palveluihin. Suoran



valinnan eivät kuuluisi neuvolapalveluiden, kouluterveydenhuollon tai opiskelijaterveydenhuollon piirissä oleville alle 18-vuotiaille annettavat suun terveydenhuollon palvelut.

Lisäksi maakunnan tulisi ehdotuksen mukaan siirtää suoran valinnan palveluihin laissa säädettyjen suoran valinnan palveluihin liittyviä muiden kuin yleislääketieteen alaan kuuluvia terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatioita ja avovastaanottopalveluja. Konsultaatioita ja vastaanottopalveluita tulisi siirtää ainakin sisätautien, lastentautien, geriatrian ja silmätautien erikoisaloilta. Sosiaali- ja terveyskeskuksille siirrettävien eri erikoisalojen laajuuden tulisi vastata maakunnan asukkaiden palvelutarpeisiin. Siirrosta päätettäessä maakunnan tulisi ottaa huomioon asiakkaiden palvelutarve, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, palvelukokonaisuuksien toimivuus ja paikalliset olosuhteet järjestää palvelut kustannusvaikuttavalla tavalla. Maakunta voisi siten laajentaa sosiaali- ja terveyskeskuksesta saatavia suoran valinnan palveluja palvelujen ja hoitomenetelmien kehittyessä asiakkaan palvelutarpeita tarkoituksenmukaisella tavalla vastaaviksi kokonaisuuksiksi. Maakunnan tulisi seurata palvelujen tarjontaa alueellaan eikä siirto saisi vaarantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta. Suoran valinnan palveluihin ei voitaisi siirtää julkisen vallan käyttöä sisältäviä palveluja, keskitettäviä palveluja, laajan ympärivuorokautisen päivystyksen palveluja eikä sairaalaolosuhteita edellyttäviä suun terveydenhuollon palveluja. Ehdotuksen mukaan asiakas valitsisi suoran valinnan palveluntuottajan eli sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon yksikön ilmoittamalla valinnasta maakunnalle tai valitsemalleen palveluntuottajalle. Palveluntuottajaa voisi vaihtaa aikaisintaan kuuden kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta. Palveluntuottajan voisi kuitenkin vaihtaa aikaisemmin, jos asiakas asuinpaikka vaihtuu tai vaihdolle on muu perusteltu syy. Jos asiakas ei valitse tuottajaa, maakunta osoittaisi asiakkaalle helpoimmin saavutettavissa olevan tuottajan.

Suoran valinnan palveluita tuottaisivat maakunnan liikelaitosten sosiaali- ja terveyskeskukset ja suunhoidon yksiköt sekä maakunnan tuottajiksi hyväksymät yhtiöt ja yhteiset. Suoran valinnan palveluntuottajat tuottaisivat palvelut joko itse, sopimuksin yhdessä muun palveluntuottajan kanssa tai hankkimalla palveluja toiselta palveluntuottajalta. Palvelutarpeen arviointia ja asiakassuunnitelman laatimista ei kuitenkaan saisi hankkia toiselta palveluntuottajalta. Suoran valinnan palveluntuottaja vastaisi alihankkijan palvelusta ja olisi aina kokonaisvastuussa asiakkaan saamista suoran valinnan palveluista.

### 3.3.3 Maakunnan liikelaitoksen valinta

Maakunnan liikelaitos tuottaisi ne sosiaali- ja terveyspalvelut, jotka eivät kuulu suoran valinnan palvelujen piiriin. Maakunnan liikelaitoksen palveluita annettaisiin maakunnan liikelaitoksen palveluyksiköissä. Palveluyksiköissä voitaisiin tuottaa myös suoran valinnan palveluja, kunhan suoran valinnan palvelut olisi kirjainpidollisesti eriytetty maakunnan muusta toiminnasta ja taloudesta.

Asiakas saisi lähtökohtaisesti muut kuin suoran valinnan palvelut sen maakunnan liikelaitoksesta, jonka asukas hän on. Tällaisia olisivat sosiaalihuollon palvelut sekä pääosa erikoissairaanhoidon palvelusta ja eräät muut terveydenhuollon palvelut. Asiakas voisi valita palvelua tuottavan palveluyksikön, jos samaa palvelua tuotettaisiin useassa palveluyksikössä. Lisäksi asiakas voisi valita myös muun kuin oman asuinmaakuntansa liikelaitoksen. Liikelaitosta voisi vaihtaa kuuden kuukauden välein ilmoittamalla vaihdosta asuinmaakunnalle. Liikelaitosta voisi kuitenkin vaihtaa aikaisemmin asiakkaan muuttaessa tai maakunnan antaessa asiakkaan hakemuksesta muusta perustelusta syystä oikeuden vaihtaa liikelaitosta.

Maakunnan liikelaitos voisi antaa muita kuin suoran valinnan palveluita myös sosiaali- ja terveyskeskusten yhteydessä sosiaali- ja terveyskeskuksessa työskentelevän tai maakunnan alueella liikkuvan henkilöstön avulla taikka esimerkiksi sähköisinä palveluina. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation turvaamiseksi ja riittävän sosiaalihuollon asiantuntemuksen varmistamiseksi maakunnalla voisi olla yksi tai useampi sosiaalityöntekijästä, muista sosiaalihuollon ammattihenkilöistä ja tarpeen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä muodostettu ryhmä, joka työskentelisi maakunnan alueella sosiaali- ja terveyskeskusten yhteydessä. Näin maakunnan henkilöstö voisi tarjota sosiaali- ja terveyskeskuksissa sosiaalihuollon palveluja ja tehdä palvelutarpeen arviointia ilman, että asiakkaan olisi aina tarpeen hakeutua sitä varten maakunnan liikelaitoksen toimipisteeseen. Sosiaali- ja terveyskeskuksen olisi annettava tätä varten maakunnan liikelaitoksen henkilöstön käyttöön sen tarvitsemat toimitilat maakunnan kanssa sovittavalla tavalla. Maakunnan tulisi kohdella alueen kaikkia sosiaali- ja terveyskeskuksia yhdenvertaisesti jalkautettavien palvelujen suhteen.

### 3.3.4 Asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevissa palveluissa

Asiakkaan valinnan vapautta maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevissa palveluissa lisättäisiin asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin avulla. Asiakassetelin tai henkilökohtaisen budjetin voi saada maakunnan liikelaitoksen tekemän palvelutarpeen arvioinnin perusteella ja asiakas voi valita haluamansa

palveluntuottajan. Maakunnalla olisi velvollisuus tarjota asiakaseteliä laissa säädetyissä palveluissa ja henkilökohtaista budjettia laissa säädetyille asiakasryhmälle. Lisäksi maakunta voisi päätöksellään laajentaa asiakasetelin ja henkilökohtaisen budjetin käyttöä myös muihin palveluihin ja asiakasryhmiin lukuun ottamatta suoran valinnan palveluja, keskitettäviä palveluja ja julkisen vallan käyttöä sisältäviä palveluja. Asiakas voisi aina kieltäytyä hänelle tarjotusta asiakasetelistä tai henkilökohtaisesta budjetista, jolloin maakunnan liikelaitos toteuttaa asiakkaan palvelut muulla tavoin. Jos edellytykset palvelun saamiseen sekä asiakasetelillä että henkilökohtaisella budjetilla täyttyisivät, asiakkaalla olisi oikeus valita, tuotetaanko palvelu asiakasetelillä vai henkilökohtaisella budjetilla. Asiakasetelin perusteella asiakas voisi valita palveluntuottajaksi tuottajan, jonka jokin maakunta on hyväksynyt asiakasetelipalveluntuottajaksi. Palveluntuottajan velvollisuutena olisi tuottaa asiakasetelissä määritelty palvelu ja tuottaja saisi palvelusta asiakasetelissä määritellyn suuruisen korvauksen maakunnan liikelaitokselta. Asiakas suorittaisi asiakasmaksun maakunnalle.

Maakunnan olisi tarjottava asiakaseteliä seuraavien palvelujen saamiseksi: kotipalvelu, kotihoito, asumispalvelut, sosiaalinen kuntoutus ja kotisairaanhoidon tietyin rajauksin, lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvät terveydenhuollon ammattihenkilön yksittäiset vastaanottokäynnit, polikliinisesti toteutettavat kirurgiset toimenpiteet, kiireetön leikkaustoiminta, joka ei edellytä vaativan erityistason palveluja sekä suunhoidossa tarpeelliset hammasproteettiset hoidot. Maakunta voisi ottaa asiakasetelin käyttöön myös muissa palveluissa. Tavoitteena on, että maakunta määrittelee riittävän määrän palveluja asiakasetelillä maksettaviksi, jotta voidaan varmistaa palvelujen saatavuus, saavutettavuus ja palvelukokonaisuuksien toimivuus. Samalla varmistetaan, että asiakkaalla on mahdollisuus valita palveluntuottaja myös muissa kuin suoran valinnan palveluissa.

Henkilökohtaista budjettia maakunnan tulisi tarjota vanhuspalvelulain, vammaispalvelulain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaan palveluja saaville henkilöille. Maakunta voisi ottaa henkilökohtaisen budjetin käyttöön myös muiden asiakkaiden palveluissa. Henkilökohtaisen budjetin avulla asiakas valitsee palvelujen sisällön ja palveluntuottajat tai palvelun tuottavat henkilöt. Maakunta määrittelee henkilökohtaisen budjetin suuruuden siten, että sillä on mahdollista kattaa kaikki sillä katettavaksi tarkoitetut palvelut. Henkilökohtainen budjetti on tapa edistää asiakkaan oikeutta valita palvelujensa tuottaja ja kattaa palvelujen kustannuksia. Asiakkaan oikeus saada palveluja ei perustu henkilökohtaiseen budjettiin tai sitä koskevaan sääntelyyn, vaan asiakkaan tilanteesta sovellettavaan substanssilainsäädäntöön ja sosiaalipalvelujen kohdalla päätökseen palvelujen myöntämisestä asiakkaalle. Henkilökohtaisella budjetilla ei voida rajoittaa asiakkaan subjektiivisia oikeuksia. Se ei myöskään eikä se vaikuta asiakkaan oikeuteen saada sellaisia hänelle kuuluvia palveluja, joita ei ole tarkoitettu katettavaksi henkilökohtaisella budjetilla, kuten sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suun hoidon yksikön tarjoamia suoran valinnan palveluja.

### 3.3.5 Asiakkaan neuvonta, ohjaus ja palvelutarpeen arviointi sekä palvelujen yhteensovittaminen

Ehdotuksen mukaan maakunta vastaisi siitä, että asiakkaat saavat valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluja ja ohjausta, tukea ja neuvontaa valinnanvapauden käyttämiseksi. Myös suoran valinnan palvelujen tuottajan tulisi antaa asiakkaalle ohjausta, neuvontaa ja tukea. Ohjausta, neuvontaa ja tukea annettaessa olisi kiinnitettävä erityistä huomiota asiakkaisiin, jotka tarvitsevat laaja-alaisesti yhteensovitettavia palveluja, paljon palveluja tai ovat erityisen tuen tarpeessa.

Keskeisenä työvälteenä palvelujen yhteensovittamisessa asiakastasolla olisi palvelutarpeeseen perustuva asiakassuunnitelma. Asiakkaalla olisi yksi asiakassuunnitelma, joka laadittaisiin tarvittaessa. Se sisältäisi suunnitelman kaikista asiakkaan sosiaali- ja terveystieteiden palveluista tuottajasta riippumatta. Yksi toimija (maakunnan liikelaitos tai suoran valinnan palveluntuottaja) vastaisi sen laatimisesta asiakkaan tarpeen mukaan yhteistyössä muiden tuottajien kanssa ja maakunta vastaisi tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden muodostumisesta. Kanta-palvelun kautta se olisi näkyvässä kaikille palveluntuottajille. Täydennyksiä ja osapäivityksiä suunnitelmaan voisivat tehdä eri palveluntuottajat.

Suoran valinnan palveluntuottaja arvioisi asiakkaan palvelutarpeen suoran valinnan palveluihin. Suoran valinnan palveluntuottajan olisi laadittava asiakassuunnitelma asiakkaalle annettavista suoran valinnan palveluista. Jos suoran valinnan palveluntuottaja arvioisi, että asiakkaalla on tarve maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevaan muuhun kuin suoran valinnan palveluun, palveluntuottajan olisi ohjattava asiakas palvelutarpeen arvioinnista vastaavaan maakunnan liikelaitokseen. Käytännössä asiakas ohjattaisiin liikelaitokseen aina, kun hänellä olisi sosiaalihuollon palvelutarvetta tai paljon erilaisia palvelutarpeita, jotka edellyttävät laaja-alaista yhteensovittamista. Jos suoran valinnan palveluntuottaja arvioisi, että asiakkaalla on tarve maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevaan erikoissairaanhoidon palveluun, tulisi suoran valinnan palveluntuottajan laatia asiakkaalle lähete, jonka perusteella maakunnan liikelaitos arvioi asiakkaan palvelutarpeen ja päättää asiakkaalle annettavista palveluista.

Suoran valinnan palveluntuottaja vastaisi asiakkaan suoran valinnan palvelujen yhteensovittamisesta, jos asiakas saa vain suoran valinnan palveluja. Kun asiakkaan palvelujen yhteensovittamisesta vastaisi maakunnan liikelaitos, suoran valinnan palveluntuottajan olisi tehtävä yhteistyötä maakunnan liikelaitoksen kanssa.

Maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevissa muissa kuin suoran valinnan palveluissa asiakas voisi hakeutua palvelutarpeen arvioinnista vastaavaan liikelaitoksen palveluyksikköön ilman sosiaali- ja terveyskeskuksen tai suunhoidon yksikön antamaa ohjaustakin. Asiakkaan ottaminen sairaalaan kiireetöntä sairaanhoitoa varten edellyttäisi kuitenkin lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä.

Maakunnan liikelaitos vastaisi asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista ja asiakassuunnitelman laadinnasta tuotantovastuullaan olevissa palveluissa. Maakunnan liikelaitos olisi myös kokonaisvastuussa asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista ja asiakassuunnitelman laadinnasta, kun asiakas saa suoran valinnan palvelujen lisäksi liikelaitoksen tuotantovastuulla olevia muita kuin suoran valinnan palveluja. Suoran valinnan palveluntuottaja arvioisi kuitenkin tällöinkin asiakkaan palvelutarpeen suoran valinnan palveluihin ja laatisi asiakassuunnitelmaan antamia palveluja koskevan osuuden. Näin voitaisiin varmistaa yksittäisen asiakkaan kohdalla kaikkien asiakkaan saamien palvelujen yhteensovittaminen.

Maakunnan liikelaitoksen olisi oltava palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakassuunnitelmaa laatiessaan tarvittaessa yhteistyössä suoran valinnan palveluntuottajan ja muiden asiakkaan palveluja toteuttavien palveluntuottajien kanssa.

Jos maakunnan liikelaitos arvioisi, että asiakkaalla on tarve suoran valinnan palveluntuottajan tuotantovastuulla olevaan palveluun, liikelaitoksen olisi ohjattava asiakas hänen valitsemaansa sosiaali- ja terveyskeskukseen tai suunhoidon yksikköön. Maakunnan liikelaitos voisi arvioida asiakkaan palvelutarpeen ja laatia asiakassuunnitelman myös suoran valinnan palvelujen osalta, jos se on asiakkaan palvelutarve huomioon ottaen perusteltua. Maakunnan liikelaitoksen tekemä palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma sitoisivat suoran valinnan palveluntuottajan sosiaali- ja terveyskeskusta ja suunhoidon yksikköä. Niiden olisi toteutettava asiakkaan palvelut maakunnan liikelaitoksen tekemän palvelutarpeen arvioinnin ja asiakassuunnitelman mukaisesti.

Maakunnan liikelaitos vastaisi asiakkaan palvelujen yhteensovittamisesta myös suoran valinnan palvelujen osalta, kun asiakas saisi maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevia muita kuin suoran valinnan palveluja. Tämä koskisi erityisesti paljon erilaisia palveluja tarvitsevia asiakkaita. Liikelaitoksen olisi tehtävä yhteistyötä palveluntuottajien kanssa palveluiden yhteensovittamisen varmistamiseksi. Lisäksi maakunnan liikelaitoksen olisi huolehdittava siitä, että asiakkaat saavat palvelujen yhteensovittamiseen liittyvää neuvontaa ja ohjausta. Palvelujen yhteensovittamisessa ja siihen liittyvässä neuvonnassa ja ohjauksessa on kiinnitettävä erityistä huomiota asiakkaisiin, jotka tarvitsevat laaja-alaisesti yhteen sovitettavia palveluja tai paljon palveluja tai jotka ovat erityisen tuen tarpeessa.

### 3.3.6 Palveluntuottajien hyväksymis- ja sopimusmenettelyt

Valinnanvapausjärjestelmään kuuluvien julkisen ja yhtiömuotoisen sosiaali- ja terveyskeskuksen sekä suunhoidon yksikön tulisi olla palvelujen tuottamisesta annetun lain mukaisessa rekisterissä ja olla liittyneinä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa tarkoitettuihin valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin. Muihin kuin maakunnan liikelaitoksen osana toimiviin julkisiin sosiaali- ja terveyskeskuksiin sekä asiakassetelipalvelujen tuottajiin sovellettaisiin lisäksi hyväksymismenettelyä. Laissa säädettyjen hyväksymisehtojen lisäksi maakunta voisi asettaa hallintopäätöksellä suoran valinnan palvelujen ja asiakassetelipalvelujen tuottajien hyväksymiselle ehtoja, joilla edistetään palvelujen yhdenvertaista saatavuutta eri väestöryhmien välillä ja alueellisesti. Ehdot voisivat koskea esimerkiksi palvelujen laatua, voimavaroja ja saatavuutta. Maakunta hyväksyy ilmoittautumisen perusteella kaikki ne suoran valinnan palvelujen ja asiakassetelipalvelujen tuottajat, jotka täyttävät laissa säädettyt ja maakunnan asettamat hyväksymisehdot.

Maakunnan tulisi varmistaa hallinnollisella ohjauksella, että sen liikelaitoksen osana toimivan julkisen sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon yksikön toimintaan ja tuottamiin palveluihin sovelletaan vaatimuksia, jotka vastaavat soveltuvin osin sisällöllisesti hyväksymismenettelyssä asetettuja ehtoja.

Laissa säädettäisiin suoran valinnan palvelujen tuottajia, asiakassetelipalvelujen tuottajia ja henkilökohtaisella budjetilla annettavien palvelujen tuottajia koskevista velvoitteista. Palveluntuottajien olisi ilmoitettava tiedonhallintapalvelussa laissa määritellyt tiedot. Lisäksi palveluntuottajilla olisi velvollisuus antaa tilinpäätös- ja verotustietoja sekä palvelutoimintaa koskevia tietoja.

Suoran valinnan palvelujen tuottajien osalta laissa olisi asetettu erityisvaatimuksia koskien palveluntuottajan toimintakykyä, taloudellista kantokykyä, henkilöstöä ja palveluissa käytettävää kieltä. Suoran valinnan palveluntuottajan tulisi olla sellaiset toimintaedellytykset, jotka turvaavat palvelujen asianmukaisen tuotannon. Suoran valinnan palveluntuottajalla olisi oltava toiminnan luonteeseen nähden riittävä taloudellinen kantokyky ja sen toiminnan olisi oltava vakaata siten, että suoran valinnan palvelujen tuotannon jatkuvuus voidaan turvata. Lisäksi suoran valinnan palvelujen tuottajan tulisi tuottaa riittävä määrä palveluja itse. Sosiaalihuollon ohjauksen ja neuvonnan tulisi toteuttaa suoran valinnan palvelujen tuottajaan palvelusuhteessa oleva henkilöstö. Suoran valinnan palveluntuottajan tulisi antaa palvelut yksikielisessä kunnassa kunnan kielellä ja kaksikielisessä kunnassa molemmilla kielillä. Maakunnan tulisi huolehtia myös siitä, että asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla annettavia palveluja olisi saatavilla maakunnan kielillä.

Maakunta hyväksyisi yksityiset suoran valinnan palveluntuottajat ja sen palveluyksiköt, asiakassetelipalveluntuottajat sekä samalla näiden alihankkijat ilmoittautumismenettelyn kautta ja tekisi sopimukset palveluntuottajien kanssa suoran valinnan palvelujen tuottamisesta. Maakunta ylläpitäisi asiakkaita varten luetteloa suoran valinnan palveluntuottajista ja asiakassetelipalveluntuottajista. Asiakassetelipalvelun tuottajan ja henkilökohtaisella budjetilla palveluja antavan tuottajan olisi asiakassetelin tai henkilökohtaisen budjetin saaneen asiakkaan vastaanotettuaan ilmoitettava maakunnalle sitoutuvansa palvelun tuottamista koskeviin ehtoihin ja palvelun tuottamiseen asiakassuunnitelman mukaisesti maakunnan liikelaitokselle, joka on myöntänyt asiakkaalle asiakassetelin tai henkilökohtaisen budjetin.

### 3.3.7 Palveluntuottajille maksettavat korvaukset

Maakunta päättäisi suoran valinnan palvelujen tuottajille korvauksista laissa määriteltyjen valtakunnallisten yleisten rahoitusperiaatteiden perusteella.

Suoran valinnan palveluja tuottavat julkiset ja yksityiset sosiaali- ja terveyskeskukset ja suunhoidon yksiköt saisivat maakunnan määrittelemän kiinteän korvauksen jokaisesta listautuneesta asiakkaasta siltä ajalta, kun palveluntuottajalla on vastuu asiakkaan palvelujen tuottamisesta. Kiinteä korvaus olisi tarvetekijöihin perustuva asiakaskohtaiseen vastuunaikaan sidottu korvaus suoran valinnan palveluihin kuuluvista palveluista. Sen suuruutta määritettäessä tulisi noudattaa kansallisia tarvetekijöitä. Suun terveydenhuollossa kiinteän korvauksen tulisi olla vähintään puolet maakunnan suun terveydenhuollon suoran valinnan palveluihin osoittamasta määrärahasta ja muissa suoran valinnan palveluissa 2/3. Korvausta voitaisiin täydentää kannustinperusteisilla korvauksilla ja suoriteperusteisilla korvauksilla. Lisäksi maakunta ja palveluntuottaja voisivat sopia kiinteän korvauksen lisäksi maksettavista muista korvauksista, joiden avulla voidaan ottaa huomioon oman alueensa erityispiirteitä.

Maakunnan liikelaitos määrittäisi asiakkaalle myönnettävän asiakassetelin arvon, sen mahdollisista kannustinperusteisesta osuudesta. Maakunnan liikelaitos korvaisi tuottajalle asiakassetelillä annettujen palvelujen kustannukset määräämäänsä arvoon asti asiakassetelipalveluntuottajan toimitettua maakunnan liikelaitokselle tiedot asiakkaalle annetuista palveluista ja sen tuottamisesta aiheutuneista kustannuksista. Asiakassetelipalveluntuottaja ei saisi periä asiakkaalta maksuja asiakassetelillä annetuista palveluista.

Myös henkilökohtaisella budjetilla annettujen asiakassuunnitelmaan sisältyvien palvelujen kustannukset maakunta korvaisi myös palveluntuottajalle maakunnan ennalta määräämään arvoon asti palveluntuottajan toimitettua maakunnan liikelaitokselle tiedot annetuista palveluista ja niiden tuottamisesta aiheuttamista kustannuksista. Asiakas vastaisi henkilökohtaisen budjetin käyttöalan ulkopuolelle ja asiakassuunnitelmaan sisällyttömien palvelujen kustannuksista.

Laissa säädettäisiin korvausten maksamisesta toisen maakunnan alueella toimivalle palveluntuottajalle. Vastuu kustannusten korvaamisesta olisi sillä maakunnalla, jolla on vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä kyseiselle asiakkaalle. Jos asiakkaan palveluista järjestämisvastuussa olevalla maakunnalla ei kuitenkaan ole sopimusta suoran valinnan palvelujen tuottajan kanssa, korvauksen maksaisi palveluntuottajan sijaintikunta ja asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaava maakunta olisi velvollinen korvaamaan kustannukset jälkikäteen korvauksen maksaneelle maakunnalle.

Kansaneläkelaitos vastaisi valinnanvapausjärjestelmään liittyvien korvausten valtakunnallisen maksuliikenteen hallinnoinnista sekä teknisestä toteutuksesta ja toimisi näiden tehtävien osalta sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa.

### 3.3.8 Muut keskeiset ehdotukset

Ehdotuksen mukaan suoran valinnan palveluja tuottavan yksityisen sosiaali- ja terveyskeskuksen, suunhoidon yksikön sekä näiden alihankkijoiden palveluksessa oleviin henkilöiden sovellettaisiin rikosoikeudellista virkavastuuta koskevia säännöksiä.

Maakunta olisi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastiedon rekisterinpitäjä. Palveluntuottajilla olisi oikeus käsitellä rekisterissä olevia tarpeellisia asiakas- ja potilastietoja. Suoran valinnan palveluja, asiakasetelipalveluja ja henkilökohtaiseen budjettiin kuuluvia palveluja tuottavien palveluntuottajien tulisi käyttää valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja, joista asiakas- ja potilastiedot talletettaisiin maakunnan asiakas- ja potilasrekisteriin. Lisäksi valinnanvapauden toteuttamiseksi luotaisiin valtakunnalliset tiedonhallintapalvelut, joita kaikkien valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluja tuottavien tuottajien on käytettävä. Tiedonhallintapalvelut koostuisivat asiakkaan valinnan toteuttavasta palvelusta, valinnanvapauden tietopalvelusta, tuottajahallintapalvelusta, palvelutuotannon seurantalpalvelusta sekä palveluntuottajien yhteiskuntavastuun tietopalvelusta. Tiedonhallintapalvelut tuottaisivat Kansaneläkelaitos ja Väestörekisterikeskus.

Maakunta valvoisi alueellaan toimivia suoran valinnan palveluja, asiakasetelipalveluja ja henkilökohtaisella budjetilla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja antavia tuottajia sekä näiden alihankkijoita. Maakunnalla olisi valvontatehtävän toteuttamiseksi oikeus saada tarvittavat tiedot tuottajien antamista palveluista ja oikeus tarkistaa palveluntuottajan toiminta ja tilat. Myös asiakkaalla olisi mahdollisuus saattaa maakunnan käsiteltäväksi mahdollinen kokemansa epäkohta palveluntuottajan toiminnassa. Maakunnan olisi epäkohtia havaitessaan velvoitettava palveluntuottaja korjaamaan toimintansa. Jos palveluntuottaja ei korjaisi epäkohtia maakunnan asettamassa määräajassa, maakunnan tulisi peruuttaa antamansa hyväksyntä tai irtisanoa sopimus.

### 3.3.9 Valinnanvapausmallin EU-valtiontukiluonne

Edellä jaksossa 2.3.4. on selvitetty EU:n valtiontukikäsitettä. Tässä punnitaan ehdotettavan valinnanvapausjärjestelmän valtiontukiluonnetta, ja lähtöolettamana on, että Suomen julkinen terveyden- ja sosiaalihuoltojärjestelmä on luonteeltaan ei-taloudellinen. Ehdotettavan valinnanvapausmallin EU-valtiontukiluonteen tulkinta nojautuu oikeustilaan koskien EU:n perustamissopimusten määräyksiä, EU-tuomioistuinten ratkaisukäytäntöjä sekä EU-komission tekemiä päätöksiä. Ratkaisukäytäntö on varsin hienovarainen ja edellyttää aina kattavaa kokonaisharkintaa. Täysin varmaa vastausta siitä, millainen on esitettävän valinnanvapausjärjestelmän EU-valtiontukioikeudellinen luonne, on mahdotonta antaa. Lisäksi on otettava huomioon, että suoran valinnan palvelut, asiakasetelipalvelut sekä henkilökohtainen budjetti eroavat toisistaan toimintaperiaatteiltaan.

#### *Järjestelmän tavoite*

Valinnanvapauslain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palvelun tuottaja, parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua sekä vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan ja jatkuvaan kehittämiseen. Lain tarkoituksena on myös edistää yhdenvertaisuuden toteutumista sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuudessa ja laadussa. Valinnanvapauslaki on osa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta, tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta, saatavuutta ja vaikuttavuutta sekä hillitä kustannusten kasvua. Kustannusten kasvun hillitseminen on myös varsin merkittävä tavoite, sillä uudistuksella tavoitellaan kolmen miljardin euron säästöjä tulevaisuudessa. Kustannusten kasvun hillinnän tarkoituksena on turvata palveluiden saatavuus myös tulevaisuudessa. Jos kustannusten kasvua ei saada hillittyä, vaarantuu valtion mahdollisuus tarjota väestölleen nämä palvelut. Valinnanvapausjärjestelmä on siis osa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta. Näin ollen voidaan lähteä siitä, että sote-uudistuksella ja sitä osaltaan toteuttavalla valinnanvapausjärjestelmällä on sosiaalinen tavoite. Tavoite koskee valinnanvapauslain koko palveluvalikkoa; suoran valinnan palveluita, asiakasetelijärjestelmää ja henkilökohtaisen budjetin järjestelmää sekä myös maakunnan omia palveluja. Järjestelmän sosiaalinen tavoite viittaa ei-taloudelliseen toimintaan.

#### *Järjestelmän kattavuus*

Pääsy terveydenhuoltoon on Suomessa perustuslaillinen oikeus ja julkisella vallalla, valtiolla ja maakunnilla, on perustuslain mukainen velvoite järjestää ja huolehtia riittävästä sosiaali- ja terveydenhuollosta väestölleen. Järjestelmä kattaa käytännössä koko Suomen väestön. Valinnanvapausjärjestelmän puitteissa tarjottavat palvelut kattavat lähes kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kattavuus viittaa ei-taloudelliseen toimintaan.

### *Järjestelmään kuulumisen pakollisuus*

Esityksen mukaan asiakkaiden tulee listautua sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suun hoidon asiakkaaksi (jäljempänä tässä jaksossa se mitä todetaan sosiaali- ja terveyskeskuksesta koskee myös suunhoidon yksikköä). Jos listautumista ei tehdä, pysyy asiakas maakunnan liikelaitoksen asiakkaana lyhyen siirtymäkauden ajan, jonka jälkeen hänelle osoitetaan helpoiten saavutettavissa oleva keskus. Asiakkaan ei kuitenkaan tarvitse pysyä saman tuottajan asiakkaana, vaan hän voi halutessaan vaihtaa palvelun tarjoajaa. Asiakkaan tulee kuitenkin olla aina jonkun sosiaali- ja terveyskeskuksen asiakkaana. Asiakassetelipalveluissa ja henkilökohtaisessa budjetissa ei ole käytössä vastaavaa pakollista listautumista. Suoran valinnan palveluissa liittymisen pakollisuus (pakollinen listautuminen sosiaali- ja terveyskeskukseen) viittaa ei-taloudelliseen toimintaan.

### *Järjestelmän rahoitus verovaroin*

Järjestelmä rahoitetaan verovaroin eli käytännössä pakollisin maksuin. Verovelvollisuus ulottuu lähtökohtaisesti jokaiseen Suomessa muutoin kuin määräaikaisesti oleskelevaan henkilöön. Verotus on Suomessa pakollista ja sen taso määräytyy progressiivisesti tulojen mukaan. Järjestelmän rahoituksen pakollisuus (verotus) ja se, että verotuksen taso määräytyy henkilön tulojen eikä terveydentilan tai iän mukaan, viittaa ei-taloudelliseen toimintaan.

### *Saatavien etuuksien suhde maksettuihin maksuihin eli veroihin*

Suoran valinnan palvelut, asiakassetelipalvelut sekä henkilökohtaisen budjetin kautta saatavat palvelut olisivat riippumattomia maksettujen maksujen eli verojen määrästä. Paljon veroja maksanut ja toisaalta henkilö, joka ei ole maksanut veroja mahdollisesti lainkaan (tulojen vähäisyys), ovat oikeutettuja samoihin palveluihin. Henkilön tilanne ja tarve määrittävät palvelut ja niiden määrän, eivät maksetut verot. Maksujen pakollisuus sekä se, että maksetut määrät eivät vaikuta mitenkään henkilöiden saamiin etuuksiin, viittaavat ei-taloudelliseen toimintaan.

### *Maksavatko etuudet vai ovatko ne ilmaisia?*

Saatavat etuudet eli erilaiset sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut olisivat EU:n tulkintakäytännön näkökulmasta lähtökohtaisesti ilmaisia tai lähes ilmaisia asiakkaille. Asiakkailta perittäisiin palvelujen käytöstä lailla tarkemmin määriteltyjä asiakasmaksuja, kuten nykyisinkin. Asiakasmaksut perii maakunta ja ne menevät osaksi maakunnan kokonaisuhoitusta. Se, että järjestelmää rahoitetaan joltain osin asiakkailta perittävillä asiakasmaksuilla, mikäli nämä asiakasmaksut ovat tasoltaan vain pieni osa palvelun tosiasiallisista kustannuksista, ei vaikuta tulkintaan, jos järjestelmä perustuu muuten vahvasti solidaarisuusperiaatteelle. Palvelujen ilmaisuus tai lähes ilmaisuus viittaa ei-taloudelliseen toimintaan.

### *Palveluntuottajan korvaukset*

Palveluntuottajat saisivat palveluistaan korvauksen. Korvauksen taso määritellään valtion ja maakunnan toimesta suoran valinnan palveluissa. Asiakassetelipalveluissa ja henkilökohtaisen budjetin osalta palveluntuottajalle korvataan maakunnan ennalta määräämään arvoon asti kustannukset palveluista, joita asiakas saa asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla. Se, että palveluntuottajat saavat palveluistaan korvausta, viittaa taloudelliseen toimintaan. Toisaalta se, että korvauksen tasosta tai määräytymisperusteista ei voi neuvotella, heikentää taloudellista luonnetta. Asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti määritellään maakunnan toimesta asiakkaan palvelutarpeiden mukaan. Niiden perusteella tuottajalle maksettava korvaus perustuu siihen, paljonko palvelun tuottaminen maksaisi maakunnan liikelaitoksen itse tuottamana. Maakunnan liikelaitos korvaa palveluntuottajalle maakunnan ennalta määräämään arvoon asti kustannukset palveluista.

### *Voiton tavoittelun mahdollisuus*

Yksityisten palveluntuottajien voiton tavoittelua ei ole rajattu pois, eikä voiton käyttöä tai sen kohdentamista ole tarkoitus säännellä. Voiton tavoittelun mahdollisuus palveluntuottajille viittaa taloudelliseen toimintaan. Voiton tavoittelun mahdollisuus ei perustu vapaaseen hinnoitteluun, vaan siihen, että tuottaja pystyy annetulla hinnalla toimimaan mahdollisimman tehokkaasti.

### *Palveluiden hinnoittelu ja asiakasmaksut*

Palveluntuottajat eivät saisi hinnoitella palveluitaan suhteessa maakuntaan eivätkä suhteessa asiakkaisiin suoran valinnan palveluissa eikä asiakassetelipalveluissa. Sen sijaan henkilökohtaisen budjetin palveluissa palvelujen hinnoittelu on mahdollista, koska asiakkaan tarvitsemat palvelut koostuvat yksilöllisesti määräy-

tyivistä osista. Maakunta maksaa suoran valinnan palveluissa palveluntuottajille ennalta määritellyn kiinteän ns. tarvepainotetun kapitaatiokorvauksen. Lisäksi korvausmalli voi sisältää myös suoriteperusteisia tai lähinnä laatuun liittyviä kannustinperusteisia korvauksia. Asiakassetelipalveluissa korvaus olisi maakunnan ennalta määrittelemä kiinteä, kyseiseen suoritteeseen sidottu korvaus.

Korvausten perusteiden tulee olla eri palveluissa samat maakunnan sisällä, eivätkä ne riipu palveluntuottajasta. Palveluntuottajat eivät siis voisi määritellä vapaasti palveluistaan (suoran valinnan palvelut, asiakassetelipalvelut) saamia korvauksia. Hintakilpailua ei siis syntyisi. Tämä poikkeaa merkittävästi tavanomaisesta markkinatoiminnasta ja myös esimerkiksi julkisesta hankinnasta, joissa yleensä tilanne on se, että tarjoaja voi tarjouksellaan hinnoitella tuotteensa hankintayksikölle. Se, etteivät palveluntuottajat pysty vaikuttamaan maksettavan korvauksen tasoon eivätkä ne voi periä asiakasmaksuja, viittaa ei-taloudelliseen toimintaan.

#### *Tarjottavat palvelut*

Palveluntuottajien suoran valinnan palvelut määriteltäisiin lainsäädännössä. Maakunnat tekevät alueitaan koskevat palvelutasopäätökset sekä määrittelevät hallintopäätöksin, minkä tasoisia ja sisältöisiä palveluita palveluntuottajien tulee suoran valinnan palveluissa tarjota. Siten viranomaiset määrittelevät suoran valinnan palveluissa tarjottavat palvelut, niiden tason ja määrän. Palveluntuottajilla ei siten olisi itsenäistä harkintavalttaa määritellä annettavia etuuksia tai niiden tasoa tai sisältöä. Tämä poikkeaa siitä markkinoilla olevasta toimintatavasta, jossa toimijat lähtökohtaisesti itse ja itsenäisesti määrittelevät tarjoamansa etuudet, niiden laajuuden ja tason.

Asiakassetelipalveluilla tuotettavissa palveluissa sisältö perustuu asiakkaalle tehtävään palvelutarpeen arviointiin. Henkilökohtaisella budjetilla tarjottavien palvelujen sisältö määräytyy osin lainsäädännössä, osin asiakassuunnitelmassa ja osin asiakkaan toimesta.

Palveluntuottajat tulevat kaikissa palvelumalleissa (suoran valinnan palvelut, asiakassetelipalvelut ja henkilökohtainen budjetti) kilpailemaan sillä, miten tehokkaasti ja toisaalta asiakasystävällisesti ne palveluita tuottavat. Asiakkaan valinnanvapaus tarkoittaa sitä, että asiakas todennäköisesti vaihtaa palveluntuottajaa, jos hän ei syystä tai toisesta ole tyytyväinen saamaansa palveluun.

Korvausjärjestelmä sisältää myös jonkin verran mahdollisuuksia maakunnan määrittelemiin taloudellisiin kannustimiin.

Palveluntuottajien varsin vähäinen liikkumavara tarjottavissa palveluissa viittaa ei-taloudelliseen toimintaan. Myös se, että tarjottavat etuudet eivät olisi riippuvaisia palveluntuottajan taloudellisesta tuloksesta, viittaa ei-taloudelliseen toimintaan.

#### *Lisäpalveluiden tarjoaminen*

Palveluntuottajille ei kaavalla mahdollisiin lisäpalveluihin liittyviä rajoituksia. Nykyisin on jo varsin yleistä, että yksityiset sote-yhtiöt yhdistävät erilaisia palveluita omiin palveluihinsa. Esimerkiksi työterveyshuollon asiakkaille voidaan tarjota kumppaniyhtiön lisäpalveluita edulliseen pakettihintaan, tai erilaisia vakuutuspalveluita. On siten mahdollista ja myös varsin todennäköistäkin, että ainakin yksityiset palveluntuottajat tulevat kehittämään erilaisia palvelupaketteja, joita voidaan tarjota varsinaisten julkisesti rahoitettujen palveluiden rinnalla tai niiden lisäksi. Tällaisten palveluiden ostaminen on asiakkaalle vapaaehtoista, mutta niistä voi muodostua merkittäväkin tosiasiallinen kilpailu- ja vetovoimatekijä palveluntuottajien välille. Tältä osin valinnanvapausjärjestelmä mahdollistaa sen itsensä rinnalla aivan tavanomaisen markkinatoiminnan. Kyseisen kaltainen kilpailu asiakkaista tuo järjestelmään selkeästi taloudellisia piirteitä.

#### *Hoidettavat asiakkaat*

Suoran valinnan palveluntuottajilla olisi velvoite vastaanottaa kaikki sille listautuvat asiakkaat. Ne eivät siten voisi valita itse asiakkaitaan. Asiakassetelipalveluntuottajat ja henkilökohtaisella budjetilla tarjottavien palveluiden tuottajat voisivat kieltäytyä ottamasta asiakasta vastaan. Näin ollen palveluntuottajilla olisi rajoitettu liikkumavara asiakaskuntansa suhteen.

Palveluntuottajilla ei esitetä lainsäädäntöön markkinointiin liittyviä rajoitteita. Palveluntuottajat tulevat markkinoimaan itseään ja todennäköisesti markkinointi pyritään kohdentamaan toivottuun asiakaskuntaan. Jo olemassa olevilla asiakassuhteilla kuten esimerkiksi työterveyshuollon nykyisillä asiakkuuksilla voi olla merkitystä valittaessa sosiaali- ja terveyskeskusta. Palveluntuottajilla on siten tosiasiallisesti markkinoinnin avulla mahdollisuus vaikuttaa asiakaskuntaansa ja sen muodostumiseen. Markkinointi on tyypillinen toiminta-

tatapa kaupallisessa toiminnassa. Sitä on esiintynyt hyvin vähän julkisissa sosiaali- ja terveystalouksissa. Esimerkiksi julkiset terveysasemat eivät juuri markkinoi toimintaansa ja palveluitaan. Markkinoinnin hyödyntäminen palveluiden myynnissä viittaa osaltaan taloudelliseen toimintaan. Toisaalta se, että listautuva asiakas tulee ottaa asiakkaaksi kaventaa palveluntuottajan liikkumavaraa asiakaskunnan suhteen ja viittaisi pikemminkin ei-taloudelliseen toimintaan.

### *Riskintasaus*

Riskintasausjärjestelmän on katsottu vahvistavan solidaarisuusperiaatetta ja olevan eräs elementti ei-taloudellisessa toiminnassa. Riskintasausjärjestelmän puuttuminen voi olla viite taloudellisesta toiminnasta. Riskintasausjärjestelmiä on yleensä käytetty vakuutusperusteisissa järjestelmissä, josta Suomen tilanteesta ei ole kyse.

Tulevassa valinnanvapausjärjestelmässä palveluntuottajien kantamaa riskiä suoran valinnan palveluissa on tarkoitus tasata tai helpottaa painottamalla asiakkaista maksettavaa kiinteää korvausta käyttäen kansallisesti määriteltäviä asiakkaan palvelutarpeita kuvaavia tekijöitä. Kansalliset tarvetekijät liittyvät asiakkaiden henkilökohtaisiin ominaisuuksiin kuten ikään ja sukupuoleen tai yleisimmin esiintyviin sairauksiin. Tarvetekijöiden avulla tuottajien kompensaatiossa huomioidaan näiden eri tarvetekijöiden vaikutus odotettavissa oleviin kustannuksiin ja tasataan näin tuottajien kantamaa riskiä. Tuottajien, joiden kustannusriski on keskimääräistä pienempi asiakaskoostumuksen vuoksi saavat pienemmän korvauksen kuin ne, jotka on suuremman palvelutarpeen vuoksi todennäköiset aiheuttavat paljon kustannuksia. Tämän voidaan katsoa siirtävän varoja välillisesti niille tuottajille, joiden kustannusriski on keskimääräistä suurempi. Tämänkaltaisella riskintasausjärjestelmällä voidaan tuottajien huomioimisen lisäksi edistää myös esimerkiksi tasa-arvoon liittyviä tavoitteita.

Tällainen riskintasausmenetelmä on kuitenkin - saatavissa olevien tietojen perusteella - huomattavasti heikompi kuin Slovakiassa käytössä oleva yritysten keskinäinen riskintasausjärjestelmä. Ajateltuun kapitaa-tiokorvaukseen sisältyvä tarvetekijöiden painotusjärjestelmä ei poista palveluntuottajan toimintaan sisältyvää taloudellista riskiä kuin pieneltä osalta. Jos yksityinen sosiaali- ja terveyskeskus joutuu taloudellisiin vaikeuksiin, eivät muut keskuksat tule takaamaan sen toiminnan jatkuvuutta, vaan sen tulee selviytyä tilanteesta itse. Yksityiset sosiaali- ja terveyskeskukset voivat mennä konkurssiin. Taloudellinen riski säilyy myös asiakasasettelijärjestelmässä sekä henkilökohtaisessa budjetissa. Taloudellinen riski viittaa taloudelliseen toimintaan.

### *Toimialan sääntely ja valvonta*

Toimiala eli valinnanvapaus ja siihen sisältyvät palvelut olisi pitkälti ja varsin tarkasti säännelty toimiala. Palveluntuottajalta edellytetään mm. rekisteröintiä, jolle on omat edellytyksensä lainsäädännössä. Valinnanvapauslaki sääntelisi tuottajaa koskevista velvoitteista. Toimialakohtaiset lainsäädännöt (kuten terveydenhuoltolaki, sosiaalihuoltolaki) määrittäisivät edelleen pakottavasti sitä, mitä palvelujen tuotannossa on huomioitava. Maakunta laatii hallintopäätöksen, joka on viranomaispäätös ja velvoittava, ja joka sisältäisi varsin laajasti ja kattavasti ehtoja palveluntuottajille. Tuottajia valvoisi varsin suuri määrä erilaisia viranomaisia, kuten perustettava uusi Lupa- ja valvontavirasto, Kilpailu- ja kuluttajavirasto sekä lisäksi maakunta itse. Myös valtion maakuntiin kohdistama ohjaus olisi nykyiseen verrattuna voimakkaampaa. Näin ollen voitaneen sanoa, että toimiala olisi varsin kattavasti säännelty ja toimijoita valvottaisiin aktiivisesti. Valtion tiukka ja kattava sääntely ja valvonta viittaavat ei-taloudelliseen toimintaan.

### *Muita arviointiin vaikuttavia seikkoja*

Suomen valinnanvapausjärjestelmän valtioneuvoston arviointiin vaikuttaa myös muita seikkoja, joiden merkittävyyden arviointiin ei ainakaan kaikilta osin saa suoraan tulkinta-apua EU-oikeuskäytännöstä.

Esimerkiksi Slovakian järjestelmään verrattuna Suomessa, toisin kuin Slovakiassa ei esimerkiksi edellytetäisi sitä, että myös julkisesti omistettu sosiaali- ja terveyskeskus tuottaisi palvelua nimenomaan yhtiömuodossa. Näin ollen tämän seikan merkitystä toiminnan taloudellisuuden arvioinnissa ei ole ollut tarpeen Slovakian tapauksessa pohtia.

Toinen arviointiin todennäköisesti vaikuttava seikka on tuottajien lukumäärä. Esimerkiksi Slovakiassa palveluita tarjoaa vain kolme yhtiötä, joista julkisen sektorin yhtiöllä on merkittävä 64 %:n markkinaosuus, vaikka sillä ei sinänsä ole erityisasemaa suhteessa muihin toimijoihin. Slovakian mallissa julkisen sektorin omistaman yhtiön asema markkinoilla on kuitenkin vahva ja järjestelmä pitkälti ilmeisesti nojaa sen palveluihin. Suomessa toimijoiden lukumäärän osalta tilanne tulee olemaan todennäköisesti hyvin erilainen, koska yksityisillä sosiaali- ja terveysmarkkinoilla on jo nyt lukuisia kaupallisia yrityksiä, järjestöjen omistamia toimi-



joita sekä myös hyvin pieniä yrityksiä, joista viime mainitut voisivat myös esimerkiksi voimavaransa yhdistäen toimia sosiaali- ja terveyskeskuksen ylläpitäjinä. Tuottajarakenteella voi myös olla merkitystä toiminnan riskien arvioinnissa, koska asiakkaista käytävissä kilpailussa varsinkaan pienemmillä yrityksillä ei ole samoja mahdollisuuksia riskin ottoon kuin isommilla toimijoilla.

Nyt esitettävässä valinnanvapausmallissa kyseessä olisivat nimenomaan eräät perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut, sen sijaan julkisen vallan käyttöä sisältävät tai viranomaisen ominaisuudessa hoidettavat sosiaalihuoltopalvelut eivät kuuluisi näihin palveluihin.

Suomen osalta merkityksellistä voi myös olla se, kuinka paljon maan eri osissa on käytännössä tarjolla palveluita. Varsinkin isommissa kaupungeissa on runsaasti julkisen sektorin kanssa samoja palveluita tarjoavia terveysalan yrityksiä, mutta haja-asutusalueilla palveluiden saatavuuden arvioidaan tulevaisuudessakin edellyttävän julkisen toimijan vahvaa roolia. Toiminnan taloudelliset riskit haja-asutusalueella ovat todennäköisesti suuremmat kuin suurissa väestökeskittymissä. Huomionarvoista saattaa myös olla se, että monet kunnat ovat jo nyt ulkoistaneet koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantonsa tai ne ovat perustaneet yksityisten toimijoiden kanssa yhteisyrityksiä palveluiden tuotantoon. Näillä alueilla palvelun tarjonta on perustunut kilpailutettuun, markkinaehtoiseen tuotantomalliin ja todennäköistä on, että tällaiset tuottajat toimisivat ko. alueilla jatkossakin merkittävässä roolissa suoran valinnan tai asiakassetelipalvelujen tuottajina.

Myös eroavaisuuksilla eri maakuntien hallintopäätösten sisällössä koskien palveluntuottajia voi olla merkitystä arvioinnissa.

### 3.3.10 Valinnanvapausmallin käyttöönotto

Laki on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.1.2020. Kuitenkin lain toimeenpanemiseksi tarvittavat säännökset (mm. tuottajien hyväksymistä ja maakunnan päätöksentekoa koskevat säännökset) tulisivat voimaan jo 1.1.2019 siten, että maakunnan hallinnolla olisi mahdollisuus valinnanvapauspalveluja koskevaan päätöksentekoon ja tuottajien hyväksymiseen ennen lain varsinaista voimaantuloa. Lailla kumottaisiin terveydenhuoltolain 47—49 § sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä.

Valinnanvapausjärjestelmä otettaisiin käyttöön vaiheittain vuosien 2020–2024 aikana. Maakunnan tulisi ottaa asiakasseteli käyttöön vuoden 2022 alusta lukien. Maakunta voisi kuitenkin päättämässään palveluissa ottaa asiakassetelin käyttöön jo vuoden 2020 alusta, jotta maakunta voisi jatkaa asiakassetelillä toimivia palvelusetelikäytäntöjä palvelusetelilain kumoamisen jälkeen.

Maakuntien hyväksymät yksityiset sosiaali- ja terveyskeskukset sekä maakuntien liikelaitosten sosiaali- ja terveyskeskukset aloittaisivat toimintansa kaikissa maakunnissa 1.1.2021. Sosiaali- ja terveyskeskusten suoran valinnan palveluihin siirrettäviä erikoisalojen konsultatio- ja vastaanottopalveluja voitaisiin alkaa siirtää sosiaali- ja terveyskeskuksille 1.1.2022 lukien.

Asiakkaat voisivat ilmoittautua sosiaali- ja terveyskeskuksen asiakkaiksi viimeistään 1.10.2020 alkaen. Jos asiakas ei valitsisi sosiaali- ja terveyskeskusta, hän jäisi maakunnan liikelaitoksen sosiaali- ja terveyskeskuksen asiakkaaksi. Asiakkaille ilmoitettaisiin maakunnan liikelaitoksen sosiaali- ja terveyskeskus, jonka asiakas hän on asuinpaikkansa perusteella. Samalla asiakkaille ilmoitettaisiin, että hänellä on oikeus heti halutessaan vaihtaa sosiaali- ja terveyskeskusta. Jos asiakas ei ole valinnut sosiaali- ja terveyskeskusta vuoden 2023 alkuun mennessä, maakunnan olisi osoitettava asiakkaalle sosiaali- ja terveyskeskus, joka on maakunnan alueella asiakkaan parhaiten saavutettavissa.

Suunhoidon yksiköt aloittaisivat toimintansa kaikissa maakunnissa 1.1.2022. Asiakkaat voisivat alkaa ilmoittautumaan suunhoidon yksiköiden asiakkaiksi viimeistään 1.10.2021 lukien. Jos asiakas ei ole tehnyt valintaa, hänen tietonsa kerätään maakunnan liikelaitoksen tietoihin, mutta hänestä ei tule asiakasta eikä häntä siirretä minkään suunhoidon yksikön asiakkaaksi. Jos maakunnan asukas ei ole valinnut suunhoidon yksiköä ennen 1 päivää tammikuuta 2024, asiakas saa vuoden 2024 alusta lukien suoran valinnan palvelut asuinmaakuntansa liikelaitokseen kuuluvasta suunhoidon yksiköstä.

### 3.3.11 Suoran valinnan palvelujen ja henkilökohtaisen budjetoinnin pilotoinnit

Valinnanvapauslain toimeenpanon tukemiseksi toteutetaan pilotointi, joka käynnistyy jo ennen lain voimaantuloa vuosien 2018 ja 2019 aikana. Pilotoinnit koskevat suoran valinnan palveluja, asiakassetelipalveluja ja henkilökohtaista budjetointia. Tarkoituksena on saada kokemusta suoran valinnan palveluista ja tukea sosiaali- ja terveyskeskusten ja suunhoidon yksiköiden toiminnan varhaista käynnistämistä.

Pilotti käynnistyy kuntien ja kuntayhtymien toteuttamana ja sitä tuetaan valtion avustuksella. Pilotit toteutetaan voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti.

Valtio osallistuu pilotointeihin myöntämällä niitä varten valtionavustusta ja toteuttamalla pilotoinnin edellyttämät välttämättömät valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut.

### 3.3.12 Maakunnan verovelvollisuus suoran valinnan palveluiden tuottamasta tulosta

Tuloverolakiin ehdotetaan lisättäväksi uusi 21 d §, jossa säädettäisiin maakunnan verovelvollisuudesta suoran valinnan palveluiden osalta.

Tuloverolain 21 §:ssä julkisyhteisöt on säädetty osittain verovapaiksi yhteisöiksi. Tämän vuoksi on perusteltua, että maakuntien verotuksellinen asema tuloverotuksessa vastaisi lähtökohtaisesti kuntayhtymien verotuksellista asemaa siten kuin hallituksen esityksessä 15/2017 ehdotetaan.

Jotta maakunnat olisivat tuloverotuksessa samassa asemassa muiden suoran valinnan palveluita tuottavien tahojen kanssa, ehdotetaan että maakunnat olisivat kuitenkin velvollisia suorittamaan veroa valtiolle ja kunnalle normaalin yhteisöverokannan mukaisesti asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa annetussa laissa tarkoitettujen suoran valinnan palvelujen tuottamasta tulosta.

Maakunnat suorittaisivat siten veroa 20 % yhteisöverokannan mukaan suoran valinnan palveluiden tuottamasta tulosta. Asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa annetun lain 56 §:n mukaan maakunnan tulee kirjanpidossaan eriyttää suoran valinnan palvelut muusta liikelaitoksen toiminnasta siten, että toiminnan tulot ja menot sekä varat ja pääomat pidetään erillään maakunnan muusta toiminnasta ja taloudesta. Tulojen ja menojen sekä varojen ja velkojen eriyttäminen on välttämätöntä, jotta sosiaali- ja terveyskeskusten ja suun hoidon yksiköiden verotettavan tulon määrä voidaan laskea. Suoran valinnan palveluiden tappio vähennettäisiin vain suoran valinnan palveluiden tuloksesta seuraavan 10 verovuoden aikana sitä mukaa kuin tuloa syntyy. Tappioiden vähentämisestä säädettäisiin uudessa 120 a §:ssä.

Valtiovarainministeriössä on vireillä hanke, jossa arvioidaan tuloverolain 21 §:ssä tarkoitettujen osittain verovapaiden yhteisöjen verotuksellista asemaa tuloverotuksessa EU:n valtiontuki- ja kilpailuneutraaliteettinäkökulmasta. Jos osittain verovapaiden yhteisöjen tuloverotukselliseen asemaan päädyttäisiin ehdottamaan muutoksia, myös maakuntien verotuksellisesta asemasta tulisi säätää muita julkisyhteisöjä vastaavalla tavalla.

### **Riippuvuus muista esityksistä**

Hallituksen esityksen 15/2017 vp mukaan maakunnallisen toiminnan hankintaneutraalisuuden parantamiseksi maakunnalle korvattaisiin arvonlisäverotuksen soveltamisen ulkopuolelle jäävää ja verotonta toimintaa varten tehtyihin hankintoihin sisältyvä arvonlisäverokustannus vastaavalla tavalla kuin kunnille ja valtiolle. Hankintaneutraalisuuden parantamiseksi otettaisiin käyttöön uusi valtion talousarviomenettely, jolla poistettaisiin veron vaikutus hankintamuodon valintaan.

Esityksen mukaan suoran valinnan palveluita ja palveluita, joissa otetaan käyttöön asiakasseteli, voitaisiin tuottaa maakunnan liikelaitoksessa. Maakunnan liikelaitos ei ole itsenäinen oikeushenkilö ja se on arvonlisäverotuksessa osa maakuntaa. Ehdotetussa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteessa arvonlisäveron neutraalisuus, hankinta- ja kilpailuneutraalisuus huomioon ottaen, sekä menettelyn hallinnollinen tehokkuus toteutuvat parhaiten, jos maakunnan oma toiminta kuuluu kokonaisuudessaan talousarviomenettelyn soveltamisalaan. Palveluntuottajien tasapuolinen asema turvattaisiin laskennallisen arvonlisäveron korvauksen avulla.

Menettelyä koskeva sääntely on tarkoitus sisällyttää maakuntien rahoituslakiin.