



KOSKE
KESKI-SUOMEN
SOSIAALIALAN
OSAAMISKESKUS

RAPORTEJA 32

SELVITYSHENKILÖRAPORTTI KESKI-
SUOMEN SOSIAALI- JA
TERVEYDENHUOLLON
PALVELURAKENNESELVITYSHANKKEELLE
31.3.2011

**KESKI-SUOMEN SOSIAALI-
JA TERVEYDENHUOLLON
HALLINNON
JÄRJESTÄMINEN**



KESKI-SUOMEN LIITTO
Regional Council of Central Finland

SAKARI MÖTTÖNEN
MIKAEL PALOLA

Julkaisija

Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Raportteja 32

Osoite:

Matarankatu 4

40100 Jyväskylä

www.koskeverkko.fi

ISBN 978-952-5477-35-1

ISSN 1459-4757 (painettu)

ISSN 1459-579X (verkkójulkaisu)

Painopaikka

Sovatek, Jyväskylä 2011

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	4
	1.1 Hankkeen tavoite ja toteutuksen lähtökohdat	4
	1.2 Hallintonselvitys	5
2	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTAMISEN VALTAKUNNALLISIA LÄHTÖKOHTIA	6
	2.1 Kunta- ja palvelurakennemuutos	6
	2.2 Sosiaali- ja terveydenhuolto Paras-uudistuksessa	7
	2.3 Terveydenhuoltolaki	8
	2.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön valmistelu	8
	2.5 Raportti sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta	9
	2.6 Kuntalain uudistus	9
	2.7 Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen ja hallinnon uudistussuunta	10
3	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO KESKI- SUOMESSA 2000-LUVUN PUOLIVÄLISSÄ ENNEN PARAS-UUDISTUSTA	11
	3.1 Sosiaali- ja terveydenhuolto kuntien tehtävänä	11
	3.2 Sosiaali- ja terveydenhuolto Keski-Suomessa	12
4	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO KESKI- SUOMESSA PARAS-LAIN SÄÄTÄMISEN JÄLKEEN	13
	4.1 Nykytilan kuvaus	13
	4.2 Yhteistoimintajärjestelmien kuvaukset	14
	4.2.1 Jyväskylän yhteistoiminta-alue	14
	4.2.2 Seututerveyskeskus	16
	4.2.3 Saarijärven alueen SoTe yhteistoiminta-alue	18
	4.2.4 Viitasaaren, Pihtiputaan ja Kinnulan yhteistoiminta- alue	19
	4.2.5 Jämsän sote-yhteistoiminta-alue	21
	4.3 Päätelmiä ja arvioita nykyisestä hallintojärjestelmästä	21
5	KESKI-SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOMALLIN HALLINNON JÄRJESTÄMINEN	25
	5.1 Alueellinen ensivaiheen organisoituminen	25

5.2	Toisen vaiheen sosiaali- ja terveydenhuoltomalli	27
	LÄHTEET	32
	LIITTEET	33

KUVAT

Kuva 1. Alueellinen ensivaiheen organisoituminen Keski-Suomen maakunnassa	26
Kuva 2. Toisen vaiheen sosiaali- ja terveydenhuoltomalli: viisi hyvinvointialuetta	28

1 JOHDANTO

Raportti on laadittu osana Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityshanketta, joka toteutettiin huhtikuun 2010 ja kesäkuun 2011 välisenä aikana. Hanke toteutettiin yhteistyössä Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa. Hankkeen rahoitti Keski-Suomen liitto.

Hallintonselvityksen tekijöiksi kutsuttiin SoTe kuntayhtymä Saarikan johtaja Mikael Palola ja Jyväskylän kaupungin strategiajohtaja Sakari Möttönen. Raportin toimittamistyössä on avustanut hankkeen projektisuunnittelija YTM Sivi Talvensola.

1.1 Hankkeen tavoite ja toteutuksen lähtökohdat

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityksen tavoite on löytää Keski-Suomen asukkaita parhaiten palveleva sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämismalli. Tavoitteeseen sisältyy perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumaton yhteistyö uuden terveydenhuoltolain edellyttämällä tavalla sekä yhteistoiminta sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden tasolla puitelain (169/2007) muutoksen mukaisesti. Hanke tavoittelee myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden painopisteen siirtoa kansalaisten omatoimisuuden lisäämiseen, sosiaali- ja terveydenhuollon monitoimijaisuuden lisäämistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien entistä parempaa hallintaa. (Hankesuunnitelma 2010, 4–5.)

Palvelurakenneselvitykselle on määritelty seuraavat lähtökohdat

1. Selvityksen lähtökohtana on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäminen Keski-Suomen maakunnan asukkaiden tarpeita parhaiten vastaavalla tavalla.
2. Selvitystyössä on keskeistä huomioida sosiaali- ja terveydenhuollon koko toimintaketju ja siirtää toiminnan painopiste ketjun alkupäähän
3. Lähtökohtana selvitystyölle ovat julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut. Työssä selvitetään erityispalveluiden ja muiden julkisten palveluiden suhde sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin. Myös yksityiset ja 3. sektorin palvelut liitetään kehitettävään malliin
4. Tietoteknologian hyödyntämisessä otetaan tuntevia edistysaskelia
5. Selvitystyössä hyödynnetään maakunnassa jo tehtyä palvelurakennetyötä ja hankekumppanien maakunnan olojen ja toimintakulttuurin tuntemusta

6. Selvitystyössä huomioidaan tuleva terveydenhuoltolaki, mahdolliset puitelain muutokset ja tulevan kokeilulain mahdollisuudet (Hanke-suunnitelma 2010, 5–12.)

Hankkeelle määriteltiin kolme keskeistä periaatetta sekä kahdeksan peruspilaria ohjaamaan hanketyöryhmän työtä. Keskeiset periaatteet ovat:

1. Maakunnassa 3–6 kuntien päätettävissä olevaa sosiaali- ja terveydenhuoltoaluetta
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon täysi integraatio
3. Maakunnan eheyden säilyttäminen

Peruspilareiksi puolestaan määritettiin seuraavat asiat:

1. Integraatio – sosiaalihuolto / perusterveydenhuolto / erikoissairaanhoido / erityisvastuualue
2. Maakunta – millaisiin kokonaisuuksiin jäsentyy
3. Palvelujen saatavuus / perusoikeusnäkökulma
4. Vaikuttavuus – asiakasvaikuttavuus, laatu, resurssien tehokas käyttö
5. Kuntien mahdollisuudet – aluekehitys- ja rahoitusnäkökulma
6. Hyvinvointivastuu – kansalaisen velvollisuudet
7. Kansanvalta / osallisuus – demokratianäkökulma
8. Ennaltaehkäisy

Hankkeen työryhmä pyysi asiantuntijaselvityksiä kahdesta hankkeen kannalta keskeisestä tehtäväalueesta. Toisessa tehtäväalueessa käsitellään hallintorakennetta ja toisessa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon integraatiota. Selvityksissä toivottiin otettavan huomioon edellä esiin tuodut hankkeen keskeiset periaatteet ja peruspilarit.

1.2 Hallintonselvitys

Hallintonselvitys keskittyy seuraaviin kolmeen kysymykseen:

- Minkälaisiin sosiaali- ja terveyspalvelualueisiin (yhteistoiminta-alueisiin) maakunnan tulisi jakaantua?
- Minkälainen olisi tarkoituksenmukainen yhteistoiminta-alueiden hallinto ja päätöksentekomalli?
- Minkälainen olisi tarkoituksenmukainen rahoitusmalli yhteistoiminta-alueilla?

Hallintonselvityksessä ei oteta kantaa kuntien yhdistämiseen.

Selvitysraportti etenee siten, että ensin käsitellään työn perustaksi sosiaali- ja terveystalouden lainsäädännön kehittämistä ja muita valtakunnallisia kehittämishankkeita. Toisena vaiheena on kuvaus Keski-Suomen sosiaali- ja terveystaloudesta ennen kunta- ja palvelurakennemuutosta. Sitten kuvataan nykytilannetta. Neljäntenä kohtana käsitellään tulevaa kehitystä ja tehdään ehdotus uudesta Keski-Suomen sosiaali- ja terveystalouden mallista.

2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON UUDISTAMISEN VALTAKUNNALLISIA LÄHTÖKOHTIA

2.1 Kunta- ja palvelurakennemuutos

Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras) käynnistyi Vanhasen ensimmäisellä hallituskaudella. Valmistelun tuloksena eduskunta hyväksyi muutosta ohjaavan puitelain (laki 169/2007) 9.2.2007. Laki tuli voimaan 23.2.2007.

Puitelain ensimmäisen pykälän mukaan:

”Tavoitteena on elinvoimainen ja toimintakykyinen sekä eheä kuntarakenne. Lisäksi lain tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat palvelut. Palvelurakenteen on oltava kattava ja taloudellinen ja sen on mahdollistettava voimavarojen tehokas käyttö”

Paras-uudistuksen yleisinä toteuttamiskeinoina pidetään (§ 4)

- kuntaliitokset, joilla vahvistetaan kuntarakennetta
- kuntien yhteistoiminnan lisääminen, jolla vahvistetaan palvelurakennetta
- toiminnan tuottavuuden parantaminen tehostamalla kuntien toimintaa palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa sekä kaupunkiseutujen toimintaedellytyksiä

Paras-uudistuksen tausta-ajatuksena on suuruuden ekonomia, jonka mukaan asetettuihin tavoitteisiin päästään suurentamalla kuntakokoa tai muodostamalla kuntien yhteistoimintaan perustuvia hallintokokonaisuuksia. Ajatuksen mukaan suurempi tai muiden kuntien kanssa yhteistyössä toimiva kunta pystyy toimimaan tehokkaammin ja turvaamaan kuntalaisille niiden tarvitsemat palvelut. Organisaatioiden koon kasvattamisella pystytään uudistuksen tausta-ajatuksen mukaan saavuttamaan elinvoimainen ja toimiva kunta- ja palvelurakenne.

Kunnille määritellään yleensä kolme tehtävää:

- demokratiatehtävä, jolla tarkoitetaan sitä, että kunnan on toimittava demokraattisesti ohjattuna ja kuntalaisten monipuolista osallistumista ja vaikuttamista tukevana yhteisönä

- palvelutehtävä, jossa on kyse siitä, että kunnan on järjestettävä kuntalaisille laissa määrätty ja kuntalaisten muutoin tarvitsemat palvelut
- paikallis-taloudellinen tehtävä käsittää kunnan yleisen kehittämisen kuntalaisten ja elinkeinoelämän tarpeita vastaavasti

Tämän selvityksen toimeksiantoon ei kuulu selvittää kuntarakenteen vahvistamista kuntaliitoksilla vaan pääpaino on kuntien yhteistoimintajärjestelyjen ja yleensä palvelujen järjestämisen ja tuottamisen parantamisessa. Kuntien yleisistä tehtävistä selvityksessä keskitytään palvelutehtäviin, mutta niitä arvioidaan myös demokratiatehtävän ja yleisen kehittämistehtävän näkökulmista.

2.2 Sosiaali- ja terveydenhuolto Paras-uudistuksessa

Paras-lain §:ssä 5 määrätään, että kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään 20 000 asukasta. Samassa pykälässä määritellään joitain edellytyksiä, joiden perusteella 20 000 asukkaan rajasta voidaan poiketa. Edellytykset koskevat saaristo- ja pitkien etäisyyksien kuntia sekä kielikysymyksiä.

Valtioneuvosto on 21.11.2007 iltakoulussaan (Hallituksen iltakoulu 21.11.2007) täsmentänyt, että perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen tehtävien huolehtiminen tarkoittaa palveluiden järjestämistä. Järjestämistä on määritelty seuraavasti:

”Järjestämistä kuuluu palvelujen tarpeen, määrän ja laadun määrittäminen sekä tuotantotavasta päättäminen. Siihen kuuluu palvelujen saatavuudesta huolehtiminen, mutta palvelujen järjestäjä ei välttämättä tuota itse palveluja. Järjestämistä kuuluu palvelujen yhdenvertainen järjestämien yhteistoiminta-alueella.”

Tämä määrittely tarkoittaa sitä, että isäntäkuntamalli, jossa kunta, joka ei täytä asukasmäärää, päättää itse palveluistaan, mutta ostaa ne isäntäkunnalta, ei täytä Paras-lain määräyksiä. Sen sijaan on mahdollista, että isäntäkunta tai yhteistoiminta-alue ostaa palveluja kunnilta.

Eduskunta hyväksyi 15.3.2011 hallituksen esityksen (HE 268/2010) Paras-lain § 5 muuttamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta muutos tarkoittaa ensinnäkin sitä, että valtioneuvostolle annetaan toimivalta velvoittaa kunnat yhteistoimintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, jos kunnat eivät ole oma-aloitteisesti muodostaneet lain edellyttämää väestöpohjaa tai jos kunta ei ole antanut yhteistoiminta-alueelle säädetyjä tehtäviä.

Toiseksi, muutos tarkoittaa sitä, että yhteistoiminta-alueelle tulee siirtää kaikki sosiaalitoimen palvelut lukuun ottamatta tehtäviä, jotka säädetään lasten päivähoidosta annetussa laissa (36/1973) sekä lasten kotihoidosta ja yksityisen hoidon tuesta annetussa laissa (1128/1996).

Kuntien tulee tehdä sitovat päätökset puitelain edellyttämän vähintään noin 20 000 asukkaan väestöpohjan täyttämiseksi elokuun 2011 loppuun mennessä. Samassa aikataulussa tulisi tehdä päätös yhteistoiminta-alueelle siirrettävistä sosiaalihuollon tehtävistä. Yhteistoiminta-alueiden tulisi aloittaa toimintansa viimeistään vuoden 2013 alussa. Sosiaalihuollon tehtävät tulisi siirtää yhteistoiminta-alueelle viimeistään vuoden 2015 alusta. Valtioneuvosto voi myöntää poikkeusluvan sosiaalihuollon tehtävien siirrosta vuoden 2017 alkuun asti.

2.3 Terveydenhuoltolaki

Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) tulee voimaan 1.5.2011. Laissa korostetaan terveydenhuollon toimijoiden yhteistyötä. Sairaanhoidopiirin kuntien on laadittava perusterveydenhuollosta järjestämissuunnitelma, jossa sovitaan kuntien yhteistyöstä, palvelujen järjestämisestä sekä joistain terveydenhuollon erityistehtävistä. Ensihoidon järjestämisvastuu siirtyy sairaanhoidopiireille.

Laki lisää asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia. Lain voimaantulon jälkeen asiakas saa valita hoidosta vastaavan terveysaseman oman kunnan tai yhteistoiminta-alueen sisällä. Valinnanvapaus laajenee 1.1.2014, jonka jälkeen valinnanvapaus koskee koko maan terveyskeskuksia ja erikoissairaanhoidon yksiköitä.

2.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön valmistelu

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän valmistelemaan uuden lainsäädännön peruslinjauksia. Tavoitteena on tehdä perusselvitystyötä tulevan hallitusohjelman valmistelua sekä seuraavalla hallituskaudella valmisteltavaa lainsäädäntöä varten. Työryhmältä on valmistunut väliraportti (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa...2010), johon työryhmä on kirjannut seuraavat rakennelinjaukset (mt. 33–35):

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on päätettävä demokraattisesti
2. Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä yhtenä kokonaisuutena
3. Sosiaali- ja terveydenhuollon on oltava osa muuta yhteiskunnallista päätöksentekoa
4. Järjestämis- ja rahoitusvastuun on oltava samassa organisaatiossa
5. Sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä nykyistä laajemmilla väestöpohjilla
6. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamisessa on otettava huomioon alueelliset erityispiirteet
7. Erilaiset tuotantotavat on mahdollistettava

8. Palvelujen jatkuva kehittäminen on osa järjestämisvastuuta ja sitä tulee tukea alueellisesti ja valtakunnallisesti
9. Kansallisella ohjauksella on varmistettava väestön yhdenvertaisuus, oikeusturva ja palvelujen tarve

Työryhmä jatkaa tehtäväänsä ja tekee varsinaisen ehdotuksensa määräaikaan mennessä. Työryhmän toimikausi päättyy 30.4.2011.

2.5 Raportti sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on valmistellut selvityksen sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavaisesta rahoitusmallista (Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen...2010). Raportti on luovutettu ministeri Risikolle 17.11.2010.

Raportissa ehdotetaan, että kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus kootaan yhteen alueelliselle palvelujen järjestäjälle, joka vastaa palvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta alueensa asukkaille. Alueellisen palvelujen järjestäjän ja rahoittajan väestöpohjan tulisi olla vähintään 200 000 asukasta. Koko maassa tulisi alueita olla 12–15.

Esitetty rahoitusmalli sisältäisi nykyiset kuntien, valtion ja sairausvakuutukseen kuuluvat varat. Tämä tarkoittaisi sitä, että Kelan erillisrahoituksesta yksityiseen terveydenhuoltoon (ns. kelakorvaukset) ja työterveyshuoltoon luovutaan ja sekin rahoitus kootaan alueelliselle palvelujen järjestäjälle.

2.6 Kuntalain uudistus

Uuden kuntalain säätämistä on ryhdytty valmistelemaan sillä tarkoituksella, että lain uudistamisen käynnistämisestä voitaisiin sopia tulevissa hallitusneuvotteluissa. Kuntaliitto on käynnistänyt Uusi Kunta 2017 -hankkeen (ks. <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/uusikunta2017>), jonka yhtenä tavoitteena on luoda perustaa uudelle kuntalaille. Kuntalain uudistamisesta on tehty valtionvarainministeriön asettamassa työryhmässä selvitys (Selvitys kuntalain uudistustarpeista 2011), jossa ehdotetaan, että kuntalain uudistamisen valmistelutyö tehtäisiin sitä varten asetetussa komiteassa.

Kuntaliiton tavoitteena on kunnallisen itsehallinnon vahvistaminen. Se on omissa kannanotoissaan korostanut tarvetta varmistaa kunnan kokonaisvastuuta kuntalaisten hyvinvoinnista ja kunnan elinvoimaisuuden kehittämistä. Suhteessa valtioon Kuntaliitto korostaa mahdollisuutta johtaa kuntaa yhtenä kokonaisuutena ja katsoo, että sitä vaikeuttavat valtion siilomaiset ohjauk käytännöt, joista pitäisi luopua. Kuntaliitto esittää tavoitteeksi, että uusi Kuntalaki säädettäisiin siten, että sitä voitaisiin soveltaa viimeistään vuoden 2017 alusta alkaen.

2.7 Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen ja hallinnon uudistussuunta

Edellä kuvattiin lyhyesti niitä lakeja ja uudistushankkeita, joilla on tai joilla tulee mahdollisesti olemaan vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiin. Monet uudistushankkeet kertovat siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta tehdään nyt järjestelmäkeskeisesti. Voi puhua uudistusbuumista. Vastaavaa uudistamisaaltoa ei ole koettu hyvinvointivaltion sosiaali- ja terveydenhuollon perusjärjestelmien rakentamisen jälkeen.

Paras-lain tähänastisista seurauksista sosiaali- ja terveydenhuoltoon on tehty arvioita, että kokonaisjärjestelmä on muuttunut pirstaleisemmaksi. Selkeää näyttöä palvelujen tehostumisesta ei ole olemassa. Uudistamisessa ei ole nähtävissä kovin selkeää kuvaa uudistussuunnasta. Uudistushankkeissa ja niiden linjauksissa on toistensa kanssa ristiriitaisia pyrkimyksiä.

Vaikka yhtenäistä kuvaa ei muodostukaan, uudissuunnasta voidaan tehdä seuraavankaltaisia päätelmiä:

- Valtion halu ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta on kasvanut ja valmiutta tehdä kuntia pakottavia päätöksiä nostetaan.
- Uudistuksissa korostetaan järjestämis- ja tuottamisvastuun erottamista. Järjestämistasolle katsotaan kuuluvan kansalaisten yhdenvertaisuuden takaaminen palvelujen saannissa. Tuotannon uskotaan kehittyvän monituottajamallin suuntaan. Selkeitä malleja järjestämis- ja tuottamistason erottamistavasta ei ole esitetty.
- Palvelujen järjestäminen halutaan keskittää suurempiin kuntien yhteistyöhön perustuviin alueellisiin kokonaisuuksiin. Alueellisten järjestämisyksiköiden hallinnon järjestämisestä ei ole tehty malleja.
- Palvelujen rahoitus on nostettu tärkeäksi kysymykseksi, mutta kehitysehdotukset ovat ristiriitaisia. Toisaalta esitetään rahoituksen keskittämistä suurempiin kokonaisuuksiin ja toisaalta korostetaan rahoituksen säilyttämistä kuntien vastuulla. Valtio ei ole ottamassa suurempaa rahoitusvastuuta itselleen muuten kuin mahdollisesti Kelan kautta.
- Kuntaliitto on nostanut kuntien itsehallinnon kehittämiskohteeksi korostaen kunnan hyvinvointivastuuta. Valtion suunnitelmat suurista alueellisista järjestämisyksiköistä ja kuntien tavoite kunnille taattavista hyvinvointipalvelujen tuottamiseen tarvittavista voimavaroista ovat ristiriidassa keskenään.

Vaikka yhtenäistä uudistussuuntaa ei ole nähtävissä, kuntien on varauduttava siihen, että palvelujärjestelmän muutoksia tulee. Oletettavissa on myös, että selkeään järjestelmään ei päästä yhdellä kertaa vaan edessä on kausi, jossa uudistukset seuraavat toisiaan. Näyttää myös siltä, että kuntarakenteen uudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukset muodostuvat kahdeksi erilliseksi uudistukseksi. Kuntien näkökulmasta uudistamisaalto tarkoittaa

sitä, että niiden on pystyttävä ennakoimaan ja reagoimaan valtiolta tuleviin uudistusvaatimuksiin ja pakotteisiin. Joka tapauksessa kuntien edessä on suunnittelua ja päätöksentekoa, jolla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiä muutetaan. Uudistusaalto edellyttää kuntien välistä yhteistyötä ja uusien yhteistyömallien luomista.

Paikallistasolla palvelurakenteiden uudistamisesta muodostuu tehtävä, jossa on yhdistettävä valtion keskusohjaukseen perustuvat muutosvaatimukset ja omasta paikallisesta toimintaympäristöstä nousevat muutostarpeet. Kysymys on siitä, miten sovitaan yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmämuutokset ja esimerkiksi väestörakenteen muutoksesta, terveyseroista ja sosiaalisesta eriarvoistumisesta nousevat toiminnan uudistustarpeet.

3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO KESKI-SUOMESSA 2000-LUVUN PUOLIVÄLISSÄ ENNEN PARAS- UUDISTUSTA

3.1 Sosiaali- ja terveydenhuolto kuntien tehtävänä

Suomessa luotiin hyvinvointivaltion rakentamisen yhteydessä kuntapainotteen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Valtio määritteli, minkälaisia palveluja kansalaisten tulee saada ja määräsi palvelujen tuottamisen kuntien tehtäväksi. Laissa oli kahdenlaisia määritelmiä kuntien tehtävistä. Yhtäältä määrättiin, että kuntien on tuotettava palveluja tarvittavassa määrin (esim. kansanterveyslaki (66/1972)), jolloin kunnalla on itse harkintavaltaa määrässä ja laadussa. Toisaalta laadittiin määräyksiä, joiden mukaan kansalaisilla on ns. subjektiivisia oikeuksia saada palveluja, (esim. päivähoitolaki (36/1973)), jolloin kunnan on sanktioiden uhalla tuotettava laissa määrätty palvelut.

Aluksi valtio ohjasi kuntia suuntaamalla kuntiin tehtäväkohtaisia valtionosuuksia. Kunnat saivat valtion rahaa vain niihin tehtäviin, jotka valtio oli niille määrännyt. Valtionosuuden ehtona oli myös se, että kunnat noudattivat palvelutehtävissä niitä normeja, joita valtio niille määritteli. Valtio määritteli myös sen, minkälaisella organisaatiolla kunnan oli palvelut hoidettava.

Valtion ohjausjärjestelmä muuttui 1990-luvun alkupuoliskolla, jolloin tulivat voimaan uusi valtionosuusjärjestelmä (vuonna 1993) ja uusi kuntalaki (365/1995). Tehtävä- ja normikohtaisista valtionosuuksista luovuttiin ja siirryttiin yleisiin valtionosuuksiin eli ns. könttäsuumiin, joiden suuntaaminen kunnan tehtäviin siirtyi kuntien omiin käsiin. Valtio väljensi myös kuntien toimintaorganisaatiota koskevia määräyksiä. Subjektiivisten oikeuksien määrittäminen on säilynyt valtion ohjausvälineenä. Niiden määrittäminen ja osit-

tain myös määräysten kiristäminen on jatkunut. Terveysthuoltoon, jossa on perinteisesti ollut vähemmän subjektiivisia oikeuksia kuin sosiaalihuollossa, on luotu subjektiivisia oikeuksia sisältäviä hoitotakuujärjestelmiä.

Lainsäädännön mukaan sosiaali- ja perusterveydenhuolto on ollut peruskuntien tehtävä. Halutessaan kunnat ovat voineen hoitaa tehtävät yhdessä muodostamalla kuntien yhteistyöorganisaation eli kuntayhtymän (aikaisemmin kuntainliiton). Erikoissairaanhoidosta oli oma lakinsa (1062/1989). Suomi on jaettu sairaanhoitopiireihin, jotka ovat kuntayhtymiä. Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin. Kehitys on kulkenut siihen suuntaan, että sosiaalitoimen alueella kuntayhtymiä on lakkautettu ja tehtäviä siirretty peruskuntien tehtäväksi. Keski-Suomessa ei ole enää sosiaalihuollon kuntayhtymiä, kun perheneuvolatyössä, päihdehuollossa ja kehitysvammahuollossa toimineet kuntayhtymät lakkautettiin 1990- ja 2000-luvuilla.

3.2 Sosiaali- ja terveydenhuolto Keski-Suomessa

Perusterveydenhuolto oli ennen Paras-lakia peruskuntien ja kuntayhtymien hoidossa. Joitain kansanterveystlain seurauksena syntyneitä kuntayhtymiä oli lakkautettu ja peruskunnat olivat ottaneet perusterveydenhuollon omaksi tehtäväkseen. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ennen Paras-lain perusteella tehtyjä muutoksia voi kuvata seuraavasti.

Sosiaalihuolto:

Kunnat vastasivat sosiaalipalveluista itse lukuun ottamatta Viitasaaren ja Pihtiputaan kuntia (Wiitaunioni), jotka hoitivat palvelut yhdessä. Jonkin verran palveluja ostettiin toisilta kunnilta. Jyväskylän päihdepalvelusäätiö ja Keski-Suomen vammaispalvelusäätiö tuottivat sosiaalitoimen palveluja kunnille. Joitain tehtäviä hoidettiin yhteistoiminnalla, kuten esimerkiksi ns. Mobile-kuntien sosiaalipäivystys, joka hoidettiin kriisikeskus Mobilen ja alueen kuntien yhteistyönä. Myös monet järjestöt tuottivat palveluja kunnille.

Terveydenhuolto:

Seuraavat kunnat vastasivat itse terveystpalveluistaan: Jyväskylä, Laukaa, Hankasalmi, Kinnula, Konnevesi. Viitasaari ja Pihtipudas hoitivat perusterveydenhuollon palvelut kuntapariyhteistyönä.

Seuraavien kuntien terveystpalveluista vastasivat kuntien muodostamat kansanterveystyön kuntayhtymät:

- Jyväskylän maalaiskunta, Petäjävesi, Uurainen, Toivakka (Paloelan ky)
- Muurame, Korpilahti (Muuramen-Korpilahden ky)

- Keuruu, Multia (Keuruun-Multian ky)
- Kannonkoski, Karstula, Kivijärvi, Kyyjärvi, Pylkönmäki, Saarijärvi (Saarijärven-Karstulan seudun ky)
- Äänekoski, Suolahti, Sumiainen (Äänekosken seudun ky)
- Jämsä, Jämsänkoski, Kuhmoinen (Jämsän seudun ky)
- Joutsa, Leivonmäki, Luhanka (Joutsan seudun ky)

Terveydenhuollon järjestelmää voi pitää ennen Paras-lakia sinänsä selkeänä kokonaisuutena. Terveydenhuollossa oli kyllä pieniä ja haavoittuvia yksiköitä. Joihinkin terveystaloksiin oli vaikea saada lääkäreitä. Kritiikkiä esitettiin myös kuntayhtymiä kohtaan. Kuntien ohjausmahdollisuudet koettiin pieniksi erityisesti kuntatalouden näkökulmasta. Kuntakohtaisessa laskutuksessa oli suuria vuosittaisia vaihteluja.

Kaikki kunnat kuuluivat Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin.

4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTO KESKI-SUOMESSA PARAS-LAIN SÄÄTÄMISEN JÄLKEEN

4.1 Nykytilan kuvaus

Sosiaali- ja terveydenhuolto on muuttunut Paras-lain säätämisen jälkeen kahdesta syystä. Ensinnäkin on tehty kuntien yhdistämissä. Toiseksi kuntien yhteistoimintajärjestelmiä on muutettu, jotta täytettäisiin Paras-lain perusterveydenhuoltoa koskeva asukaslukumääräys.

Kuntien yhdistämissä on tapahtunut seuraavasti:

- Jyväskylän kaupunki, Jyväskylän maalaiskunta ja Korpilahden kunnat ovat yhdistyneet Jyväskylän kaupungiksi
- Äänekoski, Suolahti ja Sumiainen ovat yhdistyneet Äänekosken kaupungiksi
- Jämsä ja Jämsänkoski ovat yhdistyneet Jämsän kaupungiksi
- Pylkönmäki on liittynyt Saarijärven kaupunkiin
- Leivonmäki on liittynyt Joutsan kuntaan

Kun tarkastellaan Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää Paras-lain ja sen muutoksen (5 §) näkökulmasta tilanne näyttää seuraavalta:

Täyttävät Paras-lain ja sen muutoksen eli sosiaali- ja terveydenhuolto ovat yhdessä alueella, jolla asuu vähintään noin 20 000 asukasta

- Jyväskylä, Äänekoski (hoitavat itse sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut)
- Jämsän yhteistoiminta-alue, jossa Jämsä järjestää Kuhmoisten sosiaali- ja terveystalot

- SoTe kuntayhtymä, joka järjestää Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven, Kyyjärven ja Saarijärven sosiaali- ja terveystalvet
- Viitasaaren, Pihtiputaan ja Kinnulan yhteistoiminta-alue hoitaa kuntien sosiaali- ja terveystalvet (alueen asukasluku on alle 20 000, mutta kunnat ovat esittäneet, että sen katsottaisiin täyttävän Paras-lain 5 §:n määräyksen)

Täyttävät Paras-lain perusterveydenhuollon määräyksen, mutta eivät sen sosiaalitoiminta koskevaa muutosta:

- Hankasalmi, Muurame ja Uurainen: Jyväskylä järjestää kuntien terveydenhuollon talvet isäntäkuntaperiaatteella, mutta kunnat hoitavat itse sosiaalitalvet
- Laukaa, Petäjävesi, Keruu, Multia, Joutsa, Luhanka, Konnevesi, Toivakka: Sairaanhoidopiiri järjestää kuntien terveydenhuollotalvet, mutta kunnat järjestävät itse sosiaalitalvet

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon on syntynyt kolmenlaisia yhteistoimintajärjestelmiä:

- Isäntäkuntamalli, jossa terveydenhuollon (ja sosiaalitoimen) järjestämisvastuu on yhdellä kunnalla ja muut kunnat ovat mukana päätöksenteossa nimeämällä edustajansa isäntäkunnan organisaatioon kuuluvaa luottamuselimeen. Näin on muodostunut Jyväskylän (vain terveydenhuolto) ja Jämsän (sosiaali- ja terveydenhuolto) yhteistoiminta-alueet.
- Kuntayhtymämalli, jossa kunnat ovat perustaneet yhteisen sosiaali- ja terveydenhuollon talvusta vastaavat kuntayhtymän (SoTe kuntayhtymä)
- Sairaanhoidopiirimalli, jossa kunnat ovat siirtäneet terveydenhuollon talvujen järjestämisvastuu sairaanhoidopiirille ja ovat nimenneet edustajansa kuntien terveystalvusta vastaavaan luottamushenkilöelimeen
- Wiitaunioni, jossa Viitasaaren kunta hoitaa sosiaali- ja terveystalvet Pihtiputaan ja Kinnulan kunnille

4.2 Yhteistoimintajärjestelmien kuvaukset

Seuraavassa kuvataan Keski-Suomen yhteistoiminta-alueita.

4.2.1 Jyväskylän yhteistoiminta-alue

Jyväskylän yhteistoiminta-alueita voi pitää isäntäkuntamallina.

Hallinto- ja päätöksenteko

Jyväskylän kaupunki sekä Hankasalmen, Muuramen ja Uuraisten kunnat ovat solmineet kuntien välisen sopimuksen terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen perustamisesta ja hallinnosta. Sopimus on tullut voimaan 1.1.2011. Yhteistoiminta-alueen hallinnosta ja tehtävistä määrätään Jyväskylän kaupunginvaltuuston hyväksymässä johtosäännössä.

Yhteistoiminta-alueen toiminta on Jyväskylän kaupungin perusturvalautakunnan alaisuudessa. Lautakunnan valmistelevana elimenä on terveydenhuollon jaosto, jossa on 9 jäsentä ja yhtä monta varajäsentä. Perusturvalautakunta nimeää jaostoon viisi jäsentä (ja viisi varajäsentä) ja jaoston puheenjohtajan. Muurame nimeää 2 jäsentä (ja 2 varajäsentä) sekä Hankasalmi ja Uurainen kumpikin yhden jäsenen ja varajäsenen. Muurame, Hankasalmi ja Uurainen nimeävät vuorovuosin jaoston varapuheenjohtajan.

Kuntien kuulemisesta päätöksenteossa on sovittu, että sopimuskunnille järjestetään vuosittain kesäkuun loppuun mennessä sopimusohjausneuvottelut, joissa käsitellään palveluverkkoa ja palvelujen volyyymiä kunnittain. Lisäksi käsitellään tarvittaessa yleiskustannusten kohdentamisperiaatteissa mahdollisesti tapahtuvia muutoksia sekä muita talousarvioon liittyviä asioita. Sopimusohjausneuvottelujen jälkeen kunnat antavat terveydenhuollon jaostolle lausuntonsa talousarvioista. Sopimusneuvottelu voidaan järjestää muulloinkin kaupungin tai muiden kuntien aloitteesta.

Talous ja kustannusten laskuttaminen

Yhteistoiminta-alueen talous on osa Jyväskylän kaupungin talousarviota. Talousarvioon 2011 on otettu muiden kuntien menot (n. 11,7 milj. euroa) ja saman verran muilta kunnilta laskutettavia tuloja. Erikoissairaanhoidon menot laskutetaan suoraan kunnilta.

Jyväskylän kaupunki laskuttaa kuntia niiden käyttämistä palveluista aiheuttamisperiaatteen mukaisesti ja yhdenmukaisin perustein. Palvelusuoritteet hinnoitellaan toimipaikka- ja suoriteperusteisesti. Hinnat sisältävät välittömien kustannusten lisäksi tilojen ja muiden tukipalvelujen kustannukset, hallinnon yleiskustannukset sekä pääomakustannukset. Perusturvalautakunta voi käyttää laskutusperusteena myös muuta kuin aiheuttamisperustetta, kuten asukaslukuperustetta silloin, kun suoriteperustetta ei ole mahdollista käyttää. Asiakasmaksut ovat samat koko yhteistoiminta-alueella.

Perusturvalautakunta on vahvistanut tuotehinnaston vuodelle 2011. Hinnastosta näkee, että sama tuote on erilainen eri toimipaikoissa. Esimerkiksi lääkärinvastaanottokäynnin hinta Huhtasuon terveysasemalla maksaa 81,95 € ja Korpilahden terveysasemalla 146,35 €. Sairaanhoidajan käynti maksaa Uuraisten terveysasemalla 33,38 € ja Muuramen terveysasemalla 80,44 €.

Tilinpäätöslaskelmassa vahvistetaan sopimuskuntien lopulliset maksuosuudet. Kun otetaan huomioon maksetut ennakkomaksut, kuntien on maksettava Jyväskylän kaupungille mahdollinen lisäkustannus ja kaupungin vastavasti mahdollinen liikaa peritty maksuosuus tilikautta seuraavan maaliskuun loppuun mennessä. Yhteistoimintasopimukseen ei sisälly vuosittaisten maksuosuuksien tasausjärjestelmää.

Henkilöstö ja tilat

Muiden kuntien terveydenhuollon henkilökunta on siirtynyt kaupungin palvelukseen tehdyn siirtosopimuksen mukaisesti.

Kukin kunta vastaa alueellaan palvelutuotannon tarvitsemista tiloista ja niihin liittyvistä investoinneista. Sopimuskunnat vuokraavat tilat kiinteistökohtaisella sopimuksella Jyväskylän kaupungin Tilapalvelu Liikelaitokselle, joka vuokraa ne kuntien yhteiselle terveystalokseen. Tilakustannukset sisältyvät toimipaikkakohtaiseen suoritehintaan.

Jyväskylän seudun työterveys

Toisena Jyväskylän kaupungin yhteydessä toimivana yhteistoimintajärjestelmänä on Jyväskylän seudun työterveyshuollon liikelaitos (Jyväskylän seudun työterveys). Liikelaitos tuottaa työterveyspalvelut Jyväskylän yhteistoiminta-alueen kunnille ja lisäksi myös sairaanhoitopiirin yhteydessä toimivaan seututerveyskeskukseen kuuluville kunnille.

4.2.2 Seututerveyskeskus

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä sekä Joutsan, Keuruun, Konneveden, Laukaan, Luhangan, Multian, Petäjäveden ja Toivakan kunnat ovat tehneet perustamissopimuksen perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen tehtävien järjestämisvastuun siirtämisestä sekä perusterveydenhuollon kunnallisen liikelaitoksen muodostamisesta Keski-Suomen (Keski-Suomen seututerveyskeskuksen) sairaanhoitopiiriin yhteyteen.

Perussopimus mahdollistaa, että seututerveyskeskukseen tulee myöhemmin mukaan muita kuntia.

Hallinto

Seututerveyskeskuksen toiminnasta määrätään sairaanhoitopiirin valtuuston hyväksymässä johtosäännössä. Johtosääntö perustuu kunkin kunnan valtuuston hyväksymään perustamissuunnitelmaan.

Järjestämisvastuun ja siihen liittyvien tehtävien hoitamista ja suunnitelmien tekemistä varten sairaanhoitopiiriin on perustettu järjestämistoimikunta, jonka perustamisesta on päättänyt sairaanhoitopiirin hallitus. Järjestämistoimikunnassa on 9 jäsentä, yksi jäsen kustakin kunnasta ja yksi jäsen sairaanhoitopiiristä. Järjestämistoimikunta on sairaanhoitopiirin hallituksen alainen.

Palvelujen tuottamisvastuusta huolehtii seututerveyskeskuksen liikelaitos. Liikelaitoksen toiminnasta määrätään sairaanhoitopiirin valtuuston hyväksymässä johtosäännössä. Liikelaitoksella on johtokunta, johon sairaanhoitopiirin hallitus valitsee kunnallisvaalikautta vastaavaksi ajaksi viisi jäsentä ja viisi varajäsentä sekä nimeää puheenjohtajan ja varapuheenjohtajan. Sairaanhoitopiirin hallitus nimittää liikelaitoksen toimitusjohtajan. Liikelaitos toimii kunnallisia liikelaitoksia koskevien lakien mukaisesti.

Talous ja kustannusten laskutus

Seututerveyskeskus on sairaanhoitopiirin talousarviossa erillisenä kohtana. Liikelaitos sisältyy talousarvioon kunnallisia liikelaitoksia koskevien määräysten mukaisesti. Järjestämistoimikunnan kustannukset sisältyvät liikelaitoksen laskuttamiin kustannuksiin.

Liikelaitoksen talous perustuu kuntien kanssa tehtyihin palvelusopimuksiin. Palvelusopimukset tehdään sopimusneuvottelujen perusteella. Seututerveyskeskus-liikelaitos laskuttaa kuntia toimipaikkakohtaisten suorite- ja kustannusperusteisen hinnoittelun mukaisesti. Tuotteen hinta vaihtelee sen mukaan, missä toimipaikassa tuote tuotetaan.

Johtosäännön mukaan liikelaitoksen johtokunta päättää palvelujen laskutuksen yksityiskohtaisista perusteista ja liikelaitoksen toimitusjohtaja maksujen suuruudesta, ellei toisin ole päätetty. Asiakasmaksut ovat samat liikelaitoksen toimialueella.

Liikelaitos tekee oman tilinpäätöksen. Talouden ylijäämää tai alijäämää käsitellään kunnallisten määräysten mukaan. Säännöt eivät sisällä erityismääräyksiä yli- tai alijäämän käsittelystä. Kuntien vuosittaisten kustannusten taseusjärjestelmää ei sääntöihin sisälly.

Henkilöstö ja tilat

Sopimuskuntien terveydenhuollon henkilöstö on siirtynyt liikelaitoksen palvelukseen. Henkilöstöä koskevat periaatteet sisältyvät perustamissopimukseen. Tiloista ja niihin liittyvistä investoinneista vastaa kukin kunta. Liikelaitos vuokraa tilat kunnilta.

Muuta

Jyväskylän yhteistoiminta-alue ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin seututerveyskeskus ovat tehneet keskinäisen yhteistoimintasopimuksen.

4.2.3 Saarijärven alueen SoTe yhteistoiminta-alue

Hallinto- ja päätöksenteko

Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven ja Kyyjärven kunnat sekä Saarijärven kaupunki ovat siirtäneet sosiaali- ja terveydenhuollon (pl. päivähoito) järjestämisvastuun SoTe kuntayhtymälle 1.1.2009 alkaen.

Kuntayhtymän perussopimuksen mukaan järjestämisvastuulla tarkoitetaan päätösvaltaa ja vastuuta alueen väestön palvelujen tarpeen selvittämisestä, tarjottavien palveluiden sisällön, määrän ja laadun määrittämisestä, palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta huolehtimisesta sekä tuotantotavasta päättämisestä. Kuntayhtymällä on yksi yhtenäinen palveluiden järjestämissuunnitelma eikä kuntakohtaisia palvelusopimuksia tehdä.

Kuntayhtymän hallinto on järjestetty niin, että se mahdollistaa nk. tilaaja–tuottaja -toimintamallin soveltamisen kuntayhtymän toiminnassa. Tilaamisella tarkoitetaan poliittiseen harkintaan perustuvaa palveluiden järjestämistä koskevaa päätöksentekoa. Palveluiden tilaajana toimivat luottamushenkilöistä koostuvat yhtymävaltuusto ja yhtymähallitus.

Yhtymävaltuustossa on 43 jäsentä, johon kunnat valitsevat jäsenkuntien valtuustojen toimikautta vastaavaksi ajaksi seuraavasti:

- Saarijärven kaupunki 21
- Karstulan kunta 10
- Kannonkosken kunta 4
- Kivijärven kunta 4
- Kyyjärven kunta 4

Yhtymähallituksessa on 9 jäsentä. Yhtymävaltuusto valitsee edustajat hallitukseen kuntien esittämistä henkilöistä seuraavasti:

- Saarijärven kaupunki 4
- Karstulan kunta 2
- Kannonkosken kunta 1
- Kivijärven kunta 1
- Kyyjärven kunta 1

Kullakin jäsenkunnan valitsemalla kokouksessa läsnä olevalla yhtymävaltuuston ja yhtymähallituksen jäsenellä on yksi henkilökohtainen ääni.

Kuntayhtymän palveluntuottajana toimii poliittisesta päätöksenteosta irrallaan toimiva kuntayhtymän liikelaitos, joka vastaa yhtymävaltuuston ja yhtymähallituksen päättämien palveluiden käytännön toteuttamisesta. Liikelai-

tokselle on asiantuntijoista koostuva johtokunta, jossa on 5–7 jäsentä. Jäsenet nimetään siten, että he kokonaisuutena muodostavat vaativan organisaation johtamisen tueksi laaja-alaisen, eri näkökulmia monipuolisesti ja tasapainoisesti edustavan osaajaryhmän. Johtokuntaan ei sovelleta kunnanhallitusta tai lautakuntaa koskevia vaalikelpoisuusrajoituksia. Johtokuntaan voidaan näin ollen valita muissa kuin kuntayhtymän jäsenkunnissa asuvia henkilöitä eikä johtokuntaa nimettäessä tarvitse huomioida poliittista edustavuutta.

Kuntayhtymää johtaa kuntayhtymänjohtaja, joka vastaa yhtymähallituksen alaisena erityisesti tilaajalle kuuluvien asioiden valmistelusta. Liikelaitoksen johtajana toimii liikelaitoksen johtaja, joka vastaa johtokunnan alaisena liikelaitoksen toiminnasta ja siihen kuuluvasta kuntayhtymän palvelutuotannosta. Kuntayhtymänjohtajana ja liikelaitoksen johtajana voi toimia sama henkilö.

Talous- ja kustannustenlaskutus

Yhtymävaltuusto päättää palveluiden järjestämisestä ja palveluiden järjestämisen kustannustasosta. Kukin jäsenkunta vastaa asukkaidensa aiheuttamista kustannuksista. Yhtymävaltuusto päättää kuntalaskutuksen perusteet talousarvion vahvistamisen yhteydessä. Pääosa kustannuksista määritellään suoritekohtaisesti. Osa suoritehinnoista määritellään toimipaikkakohtaisesti ja osassa palveluista on käytössä yksi hinta. Yhtymävaltuuston ja -hallituksen hallintokustannukset jaetaan palveluiden käytön suhteessa.

Henkilöstö ja tilat

Kuntien sosiaali- ja terveystoimensa henkilöstö siirtyi liikkeenluovutuksella SoTe-kuntayhtymään 1.1.2009 alkaen. Kuntayhtymän henkilöstö ja sitä koskeva päätösvalta ja vastuu ovat kuntayhtymänjohtajaa lukuun ottamatta liikelaitoksen (Perusturvaliikelaitos Saarikka) johtokunnalla tai sen määräämillä liikelaitoksen viran- ja toimenhaltijoilla.

Kuntayhtymä (liikelaitos) vuokraa tarvitsemansa toimitilat.

4.2.4 Viitasaaren, Pihtiputaan ja Kinnulan yhteistoiminta-alue

Hallinto- ja päätöksenteko

Kinnulan ja Pihtiputaan kunnat sekä Viitasaaren kaupunki ovat sopineet perusturvapalveluiden järjestämisestä muodostamallaan yhteistoiminta-alueella.

Yhteistoimintasopimuksen mukaan yhteistoiminnan hallinnosta vastaa Viitasaaren kaupunki. Yhteistoiminnan järjestämistä varten on perustettu yhteiseksi toimielimeksi kuntalain 77 §:n mukainen perusturvalautakunta. Lautakunta toimii Viitasaaren organisaatiossa.

Perusturvalautakunnan asettaa Viitasaaren kaupunginvaltuusto toimikaudelleen. Lautakunnassa on 10 jäsentä. Sopimuskuntien valtuustot nimittävät lautakuntaan jäseniä seuraavasti:

- Kinnula 2
- Pihtipudas 4
- Viitasaari 4

Kullakin jäsenellä on yksi henkilökohtainen ääni.

Lautakunnan esittelijänä ja johtavana viranhaltijana toimii perusturvan toimialajohtaja.

Perusturvalautakunta järjestää palvelut tilaamalla ne Wiitaunionilta, Kinnulan kunnalta, kuntayhtymiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Järjestettävistä palveluista sovitaan kuitenkin kuntakohtaisesti palveluiden järjestämistä koskevilla sopimuksilla. Näin ollen kunnat toimivat palveluiden tilaajina ja päättävät siitä, mitä palveluita ja missä kuntalaisille järjestetään. Yhteinen perusturvalautakunta toimii palveluiden tuottajana.

Talous ja kustannusten laskutus

Talousarvio ja -suunnitelma valmistellaan Wiitaunionin talousjohtajan johdolla. Kinnula laatii itse talousarvionsa (Kinnula ei ole mukana tukipalveluissa). Kunkin kunnan valtuustot hyväksyvät talousarvion ja -suunnitelman osaltaan. Perusturvalautakunta järjestää toiminnan yhteistoiminta-alueella kuntien hyväksymän toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden puitteissa.

Kunnat jakavat palvelutuotannon kustannukset käytön mukaan suoriteperusteisesti. Kukin kunta vastaa kuntalaisilleen järjestettyjen palveluiden kustannuksista. Yhteisen perusturvalautakunnan kustannukset jaetaan tällä hetkellä Pihtiputaan kunnan ja Viitasaaren kaupungin kesken. Yhteistoimintasopimuksen mukaan kaikille yhteisten kustannusten jakoperusteena käytetään talousarviovuotta edeltävän vuoden alun vahvistettua asukaslukua. Jattavien palkkakustannusten osalta jako vahvistetaan erikseen talousarvion yhteydessä kunnanhallituksissa.

Henkilöstö ja tilat

Kunnilla on yhteisiä virkoja ja toimia, mutta valtaosa henkilöstöstä on kuitenkin vielä tällä hetkellä pääosin kunnissa. Pihtiputaan ja Viitasaaren sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö on sovittu siirrettäväksi Viitasaaren kau-

pungille vuoden 2012 alusta lukien. Kinnulan kunnan perusturvan henkilöstö pysyy Kinnulan kunnan palveluksessa.

Perusturvalautakunta vuokraa tarvitsemansa toimitilat sekä laitteet ja kaluston kunnilta

4.2.5 Jämsän sote-yhteistoiminta-alue

Jämsän yhteistoiminta-alue järjestää sosiaali- ja terveystalvet isäntäkunta-periaatteella Jämsän kaupungille ja Kuhmoisten kunnalle. Järjestelmä täyttää Paras-lain ja sen suunnittelun muutoksen vaatimukset.

Hallinto

Yhteistoiminta-alueella on käytössä tilaaja–tuottaja-malli, jossa tilaajana toimii Jämsän sote-tilaajalautakunta. Jämsän kaupunki nimeää lautakuntaan 7 jäsentä ja Kuhmoisten kunta kaksi jäsentä. Tuotannosta vastaa sosiaali- ja terveystalvetlautakunta. Tilaajalautakunta tekee Kuhmoisten kanssa vuosittaisen palvelusopimuksen siitä, mitä talvetuja on Kuhmoisten alueella. Lisäksi palvelusopimukset tehdään kaupungin omalta tuotanto-organisaatiolta. Jämsän kaupunki tilaa perusterveydenhuollon talvetut Jokilaakson terveys Oy:ltä, johon terveydenhuoltohenkilöstö on siirtynyt. Yhtiöltä tilataan myös erikoissairaanhoidoa siltä osin, kun sitä ei hankita Keski-Suomen tai Pirkanmaan sairaanhoitopiireiltä.

Jokilaakson terveys Oy ei tuota talvetuja Kuhmoisten kunnalle. Kuhmoisisa on oma terveyskeskus, joka on Jämsän kaupungin alaisuudessa.

Kuhmoisisa henkilöstö on siirtynyt Jämsän kaupungille. Palvelutilat omistaa Kuhmoisten kunta, jolta Jämsän kaupunki ne vuokraa.

Jämsässä ollaan uudistamassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallia tämän valtuustokauden aikana. Tilaaja–tuottaja-asetelma on tarkoitus säilyttää.

Laskutus

Jämsä laskuttaa Kuhmoisten kuntaa aiheuttamisperiaatteen mukaisesti. Laskutus tapahtuu vuoden aikana ennakkolaskuina ja vuoden lopussa lasketaan lopulliset kustannukset.

4.3 Päätelmiä ja arvioita nykyisestä hallintojärjestelmästä

Nykyistä sosiaali- ja terveydenhuollon maakunnallista tilannetta voidaan kuvata seuraavasti:

- **Alueellinen järjestelmä**

- Jämsän seudulle ja Saarijärven seudulle on muodostettu yhteistoiminta-alueet, joiden väestöpohja ylittää Paras-lain väestöpohjamäärän. Viitasaaren, Pihtiputaan ja Kinnulan yhteinen väestömäärä on alle 20 000. Yhteistoiminta-alueet sinänsä muodostavat selkeät alueelliset kokonaisuudet
- Keskisessä Keski-Suomessa tilanne on hajanainen eivätkä kaksi yhteistoiminta-aluetta (Jyväskylän kaupungin ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin) muodosta ehjää alueellista kokonaisuutta.
- Keskiosan osalta joudutaan Paras-lain 5 §:n muutoksen vuoksi tekemään uusia päätöksiä
- Jos väestöpohjarajaa nostetaan, alueellista jakoa joudutaan uudistamaan
- **Hallinto-organisaatio ja päätöksenteko**
 - Käytössä on peruskunnan hoitaman järjestämismallin ohella kaksi mallia: kuntayhtymämalli ja isäntäkuntamalli
 - Kuntayhtymämallissa on kunnallislain mukaiset päätöksentekuelimet: valtuusto (kuntayhtymäkokous) ja hallitus
 - Isäntäkuntamallissa hallinto- ja päätöksenteko on kytetty isäntäorganisaation hallintoelimiin, joihin nimitään yhteistoiminta-alueen kuntien edustajia
 - Sairaanhoitopiiri toimii seututerveyskeskuksen isäntäorganisaationa
 - Myös Viitasaaren, Pihtiputaan ja Kinnulan yhteistoiminta-alueita voi pitää isäntäkuntamallina, jossa Viitasaari on isäntäkunta
 - Järjestämistehtävistä vastaavissa luottamuselimissä on yhteistoiminta-alueen kuntien luottamushenkilöiden osuus vähäinen (yksi tai kaksi edustajaa) lukuun ottamatta Saarijärven alueen SoTe-kuntayhtymää, jossa on kuntayhtymävaltuusto ja -hallitus.
 - Seututerveyskeskuksessa ja Saarikassa palvelutuotanto on liikelaitosmuodossa. Järjestämis- ja tuottamistasoilla on omat luottamuselimet, mutta johto on yhteinen. Liikelaitosten johtokuntiin on nimetty yhteistoiminta-alueen ulkopuolisia asiantuntijoita.
 - Jämsässä on käytössä sisäinen tilaaja–tuottaja-malli ilman liikelaitoksia. Terveyspalvelut tuottaa Jämsälle Jokilaakson Terveys oy, jossa Jämsällä on osaomistus
 - Jyväskylässä ja Äänekoskella ei ole käytössä tilaaja–tuottaja-mallia

- **Laskutus ja rahoitus**

- Yhteistoiminta-alueilla on käytössä samanlaiset kustannusten kohdistamisperiaatteet
 - Kuntien laskutus tapahtuu aiheuttamisperiaatteella (palvelujen käytön) ja toimipaikkakohtaisten hinnoitteluun perustuen (Jämsässä ei ole toimipaikkakohtaista laskutusta)
 - Kustannusten jakoa muilla kuin aiheuttamisperiaatteella tai kustannusten vuosittaisia tasausjärjestelmiä ei ole käytössä

Kunnat ovat pystyneet tekemään sellaisia päätöksiä, että Paras-lain määräykset ennen 5 §:n muutosta täyttyvät. Keski-Suomessa ei ole sellaisia kuntia, joiden osalta valtio on joutunut erityistoimenpiteisiin lain täyttämiseksi. Kuva sosiaali- ja terveydenhuollon tilanteesta on samanlainen kuin maassa keskimäärin.

Arvioita nykyisestä maakunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon hallintomallista

Alueellinen hallintojärjestelmä on pirstaleinen, kun maakunnassa on kuusi erikokoista ja eri periaattein toimivaa hallintokokonaisuutta. Osa yhteistoiminta-alueista on alle Paras-lain edellyttämän väestöpohjamäärän (Kinnula, Pihtipudas ja Viitasaari) tai on siinä rajalla (Saarikka). Se, täyttävätkö ne jatkossa Paras-lain määräykset, riippuu valtiovallan päätöksistä. Sairaanhoidopiirin tehtäväalue on laajentunut, kun sen yhteyteen on perustettu perusterveydenhuollon palveluja hoitava seututerveyskeskus. Valtio on ryhtynyt selvittämään myös sairaanhoidopiirien yhdistämisiä. Tässä vaiheessa ei ole tietoa, tuleeko yhdistämishanke koskemaan Keski-Suomen sairaanhoidopiiriä. Ilmeisesti se ei ole ensimmäisten yhdistettävien piirien joukossa.

Keski-Suomessa on uudistettu lähinnä hallintojärjestelmiä. Palvelurakenteseen ei ole tehty muutoksia. Toimipaikat ovat säilyneet ennallaan. Edelleen maakunnassa on pieniä terveyskeskuksia, joista Paras-lain hengen mukaan pitäisi päästä eroon.

Toimipaikkakohtainen kustannusten laskutusjärjestelmä on paljastanut, että kustannusvaihtelut eri toimipaikkojen välillä ovat suuria ja että palveluverkot ovat kokonaisuudessaan epätaloudellisia. Laskutusjärjestelmä on nykytilannetta säilyttävä eikä kannusta toimipaikkarakenteen uudistamiseen. Toisaalta toimipaikkakohtainen laskutusjärjestelmä mahdollistaa palvelujen säilyttämisen reuna-alueilla, jos ne kunnat, joiden alueella toimipaikka sijaitsee, maksavat siitä koituvat kustannukset. Muilla kunnilla ei ole intressiä puuttua tilanteeseen.

Voidaan arvioida, että uudistus ei ole tuottanut juurikaan taloudellisia säästöjä. On myös oletettavissa, että potilaiden ja asiakkaiden hakeutumisessa palveluihin ei ole tapahtunut paljonkaan muutoksia. Henkilöresurssin käytön tehostamisesta ja henkilöstön liikkuvuudesta yhteistoiminta-alueiden sisällä on jonkin verran näyttöä.

Kokemukset yhteistoiminta-alueista ovat niin vähäisiä, että ei vielä tiedetä, minkälaisia muutoksia tulee kuntakohtaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Kustannusten vuosittaisista vaihteluista ei ole vielä kokemuksia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on lisääntynyt ennen muuta Saarikan alueella. Vanhustenhuollon ja perhepalveluiden kohdalla siitä on saatu myönteisiä kokemuksia. Jämsän yhteistoiminta-alueella ollaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön tyytyväisiä. Jokilaakson terveys Oy:n perustamisen vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon ei ole vielä juurikaan kokemuksia.

Päinvastainen kehitys on ollut niissä kunnissa (Laukaa, Hankasalmi, Kinnula ja Konnevesi), jotka ovat hoitaneet itse sekä sosiaali- että terveyspalvelut, mutta ovat siirtäneet terveyspalvelut yhteistoiminta-alueen järjestettäväksi.

Yhteistoiminta-alueet sekä Keski-Suomessa että muualla herättävät kysymyksiä kuntademokratian toimivuuden ja kuntalaisten vaikuttamismahdollisuuksien näkökulmasta. Yhteistoiminta-alueilla muiden kuin isäntäkuntien terveydenhuollon kokonaisuus on siirtynyt päätettäväksi luottamuselimissä, joissa on joistain kunnista vain yksi tai kaksi edustajaa. Kuntalaisten vaikutusmahdollisuudet oman kuntansa terveyspalveluihin vaikeutuvat tai ainakin monimutkaistuvat, kun palveluista ei päätetä omassa kunnassa. Kuntien vaikutusmahdollisuuksia voidaan ainakin jonkin verran turvata sopimusneuvottelujen avulla. Yhteistoiminta-aluejärjestelmä jättää seuraavanlaisia avoimia kysymyksiä:

- Mikä on kunnan valtuuston ja hallituksen rooli ja merkitys yhteistoiminta-alueen palvelujen määrää, laatua, saatavuutta, hinnoittelua sekä asiakasmaksuja ja kuntalaisten edunvalvontaa koskevassa päätöksenteossa?
- Miten menetellään, jos eri kuntien kohdalla on paineita tehdä erilaisia sopimuksia, kun yhteistoiminta-alueella järjestämisvastuun toteuttaminen edellyttää, että kakkien asukkaiden on saatava palvelut samojen periaatteiden mukaisesti? Miten mahdolliset ristiriidat ratkaistaan?
- Miten kuntalaiset tai kuntalaisryhmät voivat oman kuntansa kautta vaikuttaa yhteistoiminta-alueen palveluihin? Mitä asioita voidaan päättää omassa kunnassa ja mitkä asiat päätetään yhteistoiminta-alueen päätöselimissä?

- Miten ns. poliittinen vastuu toteutuu sellaisissa tapauksissa, joissa kuntalaskutus ylittää kunnan budjettivarauksen?
- Mitä kautta kuntalaisten toiveet ja palautteet kulkevat kunnasta yhteistoiminta-alueen päätöksentekoon?

5 KESKI-SUOMEN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOMALLIN HALLINNON JÄRJESTÄMINEN

Seuraavassa pohditaan alueellisen organisoitumisen, hallinto- ja päätöksentekojärjestelmän sekä rahoitusmallien kehittämissuuntia. Näiden perusteella selvityshenkilöt ovat tehneet oman ehdotuksensa jatkokehittämisestä.

Hallinnon järjestämistilannetta voi pitää ongelmallisena. Ottaen huomioon Paras-lain ja sen muutoksen määräykset, kuntien itsehallintopyrkimyksen ja kansalaisten osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet, kaikkia vaatimuksia täyttävää hallintomallia on mahdoton esittää. On epätodennäköistä, että toimivaan malliin päästään ilman muutoksia kuntarakenteessa. Tämän raportin lähtökohtana on kuitenkin ollut löytää nykyisen kuntarakenteen pohjalta etenemistie ja malli, joka täyttäisi lain vaatimukset ja jossa etuja olisi eniten suhteessa haittoihin.

5.1 Alueellinen ensivaiheen organisoituminen

Kun otetaan huomioon valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmat, on alueellista organisoitumista syytä katsoa lyhyellä ja pitemmällä aikavälillä. Lyhyellä tähtämellä on syytä keskittyä tekemään sellainen maakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä, joka täyttää Paras-lain ja sen 5 §:n muutoksen vaatimukset. Yksikertaisinta ja vähiten muutoksia aiheuttavaa olisi, että niillä yhteistoiminta-alueilla, joilla hoidetaan nyt vain terveydenhuollon järjestämistehtävät, jatkossa hoidetaan myös yhteistoiminta-alueen sosiaalipalvelujen järjestämistehtävät.

Tällainen periaate tarkoittaa sitä, että pohjoisessa Keski-Suomessa Saarijärven alueella sekä Wiitaunionin ja Äänekosken kaupungin osalta ei tässä vaiheessa tarvita uusia päätöksiä kunnissa. Sama tilanne on myös Jämsän yhteistoiminta-alueella. Jämsässä 2.12. ja Äänekoskella 8.12.2010 pidettyjen seutukierrosten perusteella on oletettavissa, että näin kunnissa tullaan toimimaan. Liitteeseen 1 on koottu seutukierroksella esiin tulleita Keski-Suomen kuntien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta.

Samanlainen mahdollisuus on olemassa myös keskisessä Keski-Suomessa ja se tarkoittaisi sitä, että kunnat siirtäisivät sosiaalitoimen palvelujen järjestämisvastuut Seututerveyskeskukseen ja Jyväskylän kaupungille sen mukaan,

missä ovat kuntien terveystalvelujen järjestämisvastuut. Alueellinen ensivaiheen organisoituminen on koottu kuvaan 1.



Kuva 1. Alueellinen ensivaiheen organisoituminen Keski-Suomen maakunnassa

Tällaista toimintamallia voi pitää välivaiheen ratkaisuna, joka jättää auki monia kysymyksiä seuraavista syistä:

- Koko maakuntaan ei muodostu selkeätä, yhtenäistä ja hallittavaa sosiaali- ja terveystalvelujen hallintojärjestelmää
- Kuntademokratian ja yhteistoiminta-alueiden ohjattavuuteen ja kansalaisten vaikutusmahdollisuuksiin liittyvät ongelmat säilyvät
- Jos laskutusjärjestelmää ei muuteta, järjestelmä ei kannusta toimipaikkarakenteen uudistamiseen, potilaiden ja asiakkaiden ohjauksen muutoksin ja taloudellisten säästöjen aikaansaamiseen
- Jos toimipaikkarakenteen muutoksia ei tehdä ennakkoon, voi käydä niin, että muutoksia joudutaan tekemään pakon edessä silloin, kun asiakkaiden vapaa valintaoikeus alkaa toteutua. Tämä voi johtaa epä-taloudelliseen palvelurakenteeseen.
- On syytä varautua siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon väestöpohjarajaa tullaan nostamaan

- Sosiaalihuollon palvelujen siirtäminen sairaanhoitopiirin yhteydessä toimivaan seututerveyskeskukseen merkitsee sairaanhoitopiirin tehtäväalueen merkittävää laajenemista
- Miten hoidetaan maakunnalliset sosiaalihuollon erityispalvelut?
 - Määrätäänkö ne sairaanhoitopiirin tehtäväksi?
 - Perustetaanko niitä varten uusia hallinto-organisaatioita?
 - Toimitaanko monituottajamallilla, jossa on monia erillisiä tuottajia ja jossa tuottajien yhteistoiminnasta sovitaan?
- Toimipaikka- ja kustannusvastaavuus laskutusperiaatteena on hankalaa sosiaalipalveluissa, jotka ovat osin vaikeasti tuotteistettavissa ja hinnoiteltavissa ja joissa on ongelmien ennaltaehkäisyyn ja toiminta- valmiuden ylläpitämiseen liittyviä tehtäviä

5.2 Toisen vaiheen sosiaali- ja terveydenhuoltomalli

Seuraavassa hahmotellaan uudistuksen toista vaihetta ja tulevaisuuden maakunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltomallia. Malli perustuu seuraaviin lähtökohtiin:

- Se, että Keski-Suomessa on pystytty tekemään Paras-lain edellyttämiä ratkaisuja, osoittaa kuntien kykyä tehdä tarvittavia päätöksiä. On syytä luottaa, että valmiutta on myös järjestelmän kehittämiseen.
- Nykyinen maakunnallinen toimintamalli on epäyhtenäinen ja hajainen eikä siinä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ole toimiva, vaikka kunnat siirtäisivät sosiaalihuollon palvelut nykyisille yhteistointa-alueille
- On varauduttava siihen, että vaaditaan Paras-lain asukasmäärärajaa suurempia alueellisia kokonaisuuksia
- Sosiaali- ja terveydenhuollossa korostuu asiakkaiden valinnanvapaus, mikä voi johtaa palveluverkkojen muutoksiin
- Tulee etsiä hallintoratkaisuja, jotka vahvistavat kuntademokratian toimivuutta, kuntien ohjausmahdollisuuksien säilymistä ja kuntalais- ten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia
- Koko maakunnan kattava hallintomalli ei ole tarkoituksenmukainen ja mahdollinen, koska
 - kuntien näkökulmasta sen hallittavuus on vaikeaa
 - jos sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus säilyy peruskunnilla, rahoitus- ja toimintavastuut eriytyvät toisistaan
 - Jyväskylän kaupunki on ilmoittanut kantanaan, että se pitää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut omana toimintanaan

Uuden Sote-mallin perusratkaisut

Alueellinen organisointuminen

- Jyväskylä ja Äänekoski hoitavat itse sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistehtävät
- Jämsän hoitaa omien ja Kuhmoisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistehtävät
- Pohjoiseen Keski-Suomeen perustetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistehtäviä hoitava sote-kuntayhtymä, johon kuuluvat nykyiset Saarikan kuntayhtymän alueella olevat kunnat sekä Pihtipudas, Viitasaari ja Kinnula. Äänekoski voi tarvittaessa myöhemmin liittyä kuntayhtymän jäseneksi. Näin muodostuu Pohjoisen Keski-Suomen hyvinvointialue.
- Keskisen Keski-Suomen kunnat, jotka ovat siirtäneet terveydenhuollon palvelut joko seututerveyskeskukseen tai Jyväs­kylän kaupungin perusturvalautakunnan alaisuuteen, muodostavat oman sote-kuntayhtymän. Näin muodostuu keskisen Keski-Suomen hyvinvointialue.
- Ratkaisulla muodostuu Keski-Suomeen viisi hyvinvointialuetta (ks. kuva 2)



Kuva 2. Toisen vaiheen sosiaali- ja terveydenhuoltomalli: viisi hyvinvointialuetta

Sote-kuntayhtymien tehtävät ja luonne

- Uudet sote-kuntayhtymät ovat palvelujen järjestämisvastuusta huolehtivia ns. tilaajakuntayhtymiä

- Ylimpänä päätöksentekuelimenä toimii joko kuntayhtymävaltuusto tai kuntayhtymäkokous
- Kuntayhtymissä on operatiivisesta toiminnasta vastaava hallitus, johon valitaan kuntien edustajat
- Päätöksenteko tehdään kevyeksi ja joustavaksi noudattamalla kuntien ja yhtymän välillä sopimusohjausta. Sopimusmuotoja kehitetään niin, että ne sopivat myös sosiaalitoimen palveluihin ja ns. ei-tuotteistettaviin palveluihin
- Järjestämismääräys tarkoittaa sitä, että kuntayhtymän tehtävänä on taata, että kuntalaiset saavat alueellaan palvelut tasarvoisesti ja samoilla periaatteilla sekä lakien ja säädösten mukaisesti
- Kuntayhtymä tilaa palvelut tuottajilta, joita voivat olla kunnat, kuntien hallitsemat liikelaitokset, yritykset ja muut yhteisöt.
- Palvelujen tuotanto erotetaan järjestämistehtävistä
 - Sairaanhoidopiirin seututerveyskeskus säilyy palvelutuotantoa hoitavana liikelaitoksena ja sen tehtäväaluetta laajennetaan sosiaalitoimen peruspalveluihin ja maakunnallisiin erityispalveluihin.
 - Saarikan kuntayhtymä säilyy sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavana liikelaitoskuntayhtymänä. Muille uuden yhteistoiminta-alueen kunnille mahdollistetaan mukaantulo Saarikka-liikelaitokseen
 - Jyväskylän kaupunki perustaa muille kunnille palveluja tuottavan liikelaitoksen, jonka hallintoon tulee mukaan kuntien edustus. Liikelaitos alkaa tuottaa myös sosiaalihuollon palveluja. Kaupunki itse voi siirtää omia palvelujaan liikelaitokseen ja hankkia ne sieltä tilaaja–tuottaja-toimintatavan mukaisesti.
 - Kunnilla säilyy mahdollisuus toimia sosiaalihuollon peruspalvelujen tuottajina. Kunnilla voi olla tehtävää hoitavaa omaa henkilöstöä. Kunnat voivat palvelujen vaihto- tai osto- ja myyntiperiaatteella tuottaa yhteistoiminta-alueella palveluja toisilleen. Yhteistoiminta-alue laatii palvelusuunnitelman ja vahvistaa periaatteet siitä, missä tapauksessa ja missä palveluissa kunnat voivat olla palvelujen tuottajina. Tarkoitus on varmistaa, että palvelutuotanto ei muodostu liian pirstaleiseksi ja että tuotantoyksiköt eivät ole liian pieniä ja haavoittuvia

Rahoitusjärjestelmä

- Yhteistoiminta-alueiden rahoitus ja laskutusjärjestelmää ryhdytään kehittämään niin, että kuntien kanssa tehdään kiinteähintaiset vuosisopimukset. Sopimus perustuu seuraaviin periaatteisiin:

- Tuotteistetut ja hinnoitellut palvelut: laskutetaan aikaisemman tai aikaisempien vuosien käytön perusteella tehdyn suunnitelman ja sopimuksen mukaisesti
- Resurssiperusteisista palveluista sovitaan, kuinka paljon resursseja (esim. päivystysaika) kuntaan ohjataan. Laskutus perustuu varattuihin resursseihin
- Yhteiset tuotteistamattomat palvelut: jaetaan kuntien kesken sovitulla (esim. asukasmäärä, ikäpainotteisuus, aikaisempien vuosien käyttö) perusteella

Maakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalvelut

- Terveystenhuollon erityispalveluista huolehtii nykytilanteessa Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Sosiaalihuollon erityispalveluissa ei ole vastaavaa yhtä isoa tuottajaorganisaatiota.
- Tärkeää on, että myös maakunnallisissa erityispalveluissa toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio. Tämän vuoksi sosiaalipalvelujen tuottamiseen ei esitetä uutta maakunnallista organisaatiota.
- Maakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalvelujen perustana on se, että järjestämisvastuu on uusilla hyvinvointialueilla
- Erityispalvelujen tuottamiseen ehdotetaan tässä vaiheessa kahta mallia. Perusmalleista on mahdollista tehdä yhdistelmiä.
 - (1) Maakunnalliset sosiaalihuollon erityispalvelut kootaan sairaanhoitopiiriin.
 - (2) Maakunnalliset sosiaalihuollon erityispalvelut hoidetaan monituottajaperiaatteella, mikä tarkoittaa sitä, että maakunnallisten sosiaalihuollon erityispalvelujen päätuottajina toimivat seututerveyskeskusliikelaitos ja Jyväskylän kaupungin sote-liikelaitos. Joidenkin erityispalvelujen tuottamisvastuu voidaan antaa yksittäiselle kunnalle. Kunnallisten tuottajien rinnalla toimii järjestöpohjaisia (kuten esim. Sovatek-säätiö, Vammaispalvelusäätiö, Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ja alueelliset työvalmennusyhdistykset) ja yksityisiä tuottajia
- Tavoitteena on järjestelmä, jossa tuotetaan
 - lähipalvelut kunnissa ja kuntien osissa
 - alueelliset palvelut yhteistoiminta-alueilla tai niiden osissa
 - erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiirissä sekä sosiaalihuollon erityispalvelut sairaanhoitopiirissä ja Jyväskylän kaupungin liikelaitoksessa sekä muissa maakunnallisissa palveluorganisaatioissa
 - säätiöt ja yhdistykset tuottavat osan sosiaalihuollon erityispalveluista

Palvelujen jakoa lähi-, alueellisiin ja erityispalveluihin käsitellään tarkemmin Outi Markkasen ja Markku Puron sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota käsittelevässä selvityksessä.

LÄHTEET

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

Hallituksen iltakoulun muistio 21.11.2007. Saatavana www-muodossa:

http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/20071121Parash/01_muistio.pdf [Viitattu: 22.3.2011].

Hankesuunnitelma 2010. Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitys

HE 268/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain ja sosiaalihuoltolain muuttamiseksi. Saatavana www-muodossa:

<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100268.pdf> [Viitattu: 22.3.2011].

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kuntalaki 17.3.1995/365.

Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007/169.

Laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta 20.12.1996/1128.

Laki lasten päivähoidosta 19.1.1973/36.

Selvitys kuntalain uudistustarpeista. Valtiovarainministeriön julkaisuja 10/2011. Saatavana www-muodossa: <http://www.edilex.fi/lakikirjasto/7604.pdf> [Viitattu: 23.3.2011].

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:34. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana www-muodossa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-13703.pdf [Viitattu: 23.3.2011].

Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 4/2011. Helsinki: Unigrafia oy. Saatavana www-muodossa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/6c098cb6-fe4d-4915-83ed-58d51df6807c> [Viitattu: 23.3.2011].

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Uusi Kunta 2017. Internet-sivut:

<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/uusikunta2017> [Viitattu: 23.3.2011].

LIITTEET

Liite 1. Keski-Suomen kuntien näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta

Osana Keski-Suomen palvelurakenneselvitystä toteutettiin marras–joulukuussa 2010 seutukierroksena kolme alueellista keskustelutilaisuutta. Näissä keskusteluissa hallinto ja organisaatorakenteen kysymykset olivat ensisijaisesti esillä, mutta keskusteluissa sivuttiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon integraation kokemuksia sekä näkemyksiä sen sisällöistä ja tarpeista. Seutukierrokseen osallistujista valtaosa oli päättäjiä ja kuntajohdon edustajia.

Seutukierroksella syntyi vaikutelma, että integraation käsite ymmärrettiin eri tavoin eri alueilla ja näin ollen kokonaiskuvan saaminen maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon integraation asteesta oli vaikeaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon toteutetulla integraatiolla saatettiin tarkoittaa perusrakenteena yhdistettyä sosiaali- ja terveyslautakuntaa, mutta integraation ulottuminen asiakasprosesseihin jäi epävarmaksi. Useimmissa kunnissa ei ollut muodostettu virallista kantaa palvelujen vastaisesta järjestämistavasta vaan puheenvuorossa korostettiin, että näkemykset olivat esittäjän oman pohdinnan tulosta.

Jämsän ja Kuhmoisten yhteistoiminta-alue

Jämsä ja Kuhmoinen muodostavat yhteistoiminta-alueen. Sosiaali- ja terveydenhuolto yhdistettiin 1.1.2009 ja Jämsän päivähoito siirrettiin sivistystoimeen. Kaikki Kuhmoisten kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään yhteistoiminta-alueella ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on integroitu keskenään. Terveydenhuollossa on toteutettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio ja noin kolmasosa (euroilla mitattuina) terveydenhuoltoa on ulkoistettu.

Keskeisenä näkemyksenä oli, että kuntalaisten hyvinvointiin vaikuttavat olennaisesti myös muut hallinnonalat, eivät ainoastaan sosiaali- ja terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio nähdään myös toimintatapana, joka voi edistää/käynnistää laajempaa pohdintaa, miten kansalaisten hyvinvointia voidaan lisätä ja ennaltaehkäistä palvelutarpeita. Nähtiin, että integraatio syntyy yhdessä tekemisen kautta, mutta edellyttää hallinnon yhdistämistä. Pelkkä hallinnon yhdistäminen ei kuitenkaan riitä, vaan integraatiosta tuleva hyöty tulee näkyä kuntalaisten parempina palveluina.

Myönteisenä muutoksena on asiantuntijoiden aiempaa laajempi käyttömahdollisuus koko alueella, vaikka tavoite samantasoisista palveluista koko alueella ei ole aivan toteutunut. Integraatiota on edesauttanut aiempi terveydenhuollon kuntayhtymän muodossa tehty yhteistyö sekä aiemmat integ-

roidut toimintamallit, esimerkkeinä päihde- ja mielenterveyskeskus ja perhepalvelukeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön koetaan toimivan alueella. Palvelupisteiden etäänntyminen voi olla haasteellisempaa perustason yhteistyölle.

Alueella nähtiin tärkeänä suhteessa ostopalveluihin, että kunnalla on omaa palvelutuotantoa. Jotta substanssiosaaminen säilyy, sitä tarvitaan myös tilaajaorganisaatiossa.

Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus, JYTE-alue

Muurame, Uurainen ja Hankasalmi muodostivat vuoden 2011 alusta terveydenhuollossa yhteistoiminta-alueen, jossa Jyväskylä toimii isäntäkuntana. Hyvänä perustana nähtiin Jyväskylän monipuoliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Alueellisella ja maakunnallisella sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöllä on pitkä historia ja alueen kuntien kokemus on, että se on toiminut hyvin. Alueen kunnat vastaavat edelleen itse sosiaalihuollon palveluista. Keskeinen kysymys on pohtia sosiaalihuollon tulevaa järjestämistapaa, jota käsiteltiin pidetyissä kuntapuheenvuoroissa.

Alueella korostettiin sitä, että palvelujen järjestämisessä painopiste tulee olla käyttäjänäkökulmassa. Myös lähipalvelujen säilyminen kuntalaisille nähtiin tärkeänä, samoin kuin kansalisdemokratian säilyminen – oli toimintamallimikä tahansa.

Hankasalmella terveydenhuoltopalveluissa halutaan painottaa potilaan omaa aktiivista osallisuutta, avohuoltoa ensisijaisuutta, tarkoituksenmukaista työnjakoa, oikea-aikaisuutta, jatkuvuutta ja moniammatillista yhteistyötä. Sopivana palvelualueena nähdään kuntalaisten normaali elinpiiri, johon liittyvät asuminen, liikenne, työssäkäynti ja eri palvelujen käyttö. Nyt tehtyä muutosta palvelujen järjestämistavassa tarvitaan, jotta kuntalaisilla olisi jatkossakin tasavertaiset palvelut. Edelleen näin varmistetaan myös henkilöstön saatavuutta, erityispalveluille on riittävä asukas pohja ja rahoitusmahdollisuudet.

Muuramen kannalta koetaan keskeisenä miettiä, mitä muuramelaiset sosiaalitoimen asiakkaat hyötyvät yhteistoiminta-alueesta. Sosiaalipalveluja hankitaan jo nyt seudullisesti ja/tai toimitaan yhteistyössä Jyväskylän kanssa. Palveluja hankitaan myös monilta eri toimijoilta. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation luontevin suunta Muuramen kannalta on Jyväskylä. Hyvänä nähdään, että sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat yhdessä, perus- ja erityispalvelut ovat lähellä toisiaan sekä alueiden ja asukkaiden tasavertainen palvelujen saanti on varmistettu.

Uuraisilla lähtökohtana ajattelulle on, että sosiaalipalveluista päättäminen tulee pysyttää omassa kunnassa ja lähellä kuntalaisia. Keskeisenä kysymyksenä nähdään se, millainen palvelurakenne turvaa parhaiten lähi- ja peruspalvelujen ensisijaisen aseman ja yhteisöllisen palvelujen järjestämistavan.

Oleennaista on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteys kunnan muuhun palvelurakenteeseen. Integraatiossa ei tule unohtaa myöskään muita kumppaneita kuten työ- ja elinkeinotoimisto, Kela, poliisi, seurakunnat, järjestöt ja yritykset.

Jyväskylän uuden sukupolven organisaatiomalli

Jyväskylässä valmistellaan virkamiestyönä organisaatiouudistusta, jolla haetaan demokratiaa ja tehokkuutta tukevaa uuden sukupolven kaupunkiorganisaatiota.

Tavoitteena on lisätä asiakaslähtöisyyttä ja tehokkuutta sekä kykyä vastata toimintaympäristön muutoksiin. Riski- ja ongelmakeskeisyyden sijaan lähtökohtana on ratkaisu- ja voimavarakeskeinen ajattelu. Prosessiajattelu lähtee liikkeelle asiakkaan tarpeista.

Palveluorganisaation asiakaslähtöiset ydinprosessit ovat:

1. Elinvoima ja kilpailukyky
2. Elinympäristö ja kaupunkirakenne
3. Elämänlaatu ja kulttuuri
4. Kasvu, oppiminen ja perheet
5. Toimintakyky ja arjen sujuvuus
6. Terveys ja sosiaalinen turvallisuus
7. Hyvä hallinto

Toimintakyky ja arjen sujuvuus -prosessin lähtökohtana ovat vanhusten ja vammaisten palvelutarpeet. Keskeisiä teemoja näillä ryhmillä ovat toimintakyvyn ja arjessa selviytymisen tukeminen, terveyttä edistävien palvelujen lisääminen, elin- ja toimintaympäristöjen parantaminen, kotona asumisen mahdollistaminen sekä laitoshoidon ehkäisevien palvelujen lisääminen. Palvelujen rinnalle halutaan tuoda ennaltaehkäisevän työn monipuoliset sisällöt: omaehtoisen toiminnan ja osallistumisen lisääminen, yhteisöllinen toimeliaisuus, matalan kynnyksen palvelut kuten vertaistuki, arkipalvelujen palauttaminen (työllistämistie siivoukseen, asuntojen korjaukset) sekä vertaistuen uudet toimintamuodot, esim. omaisten hyvinvointi tv ja nettifoorumit.

Kasvu, oppiminen ja perhe -prosessin tavoitteena on lasten, nuorten ja perheiden omatoimisuuden ja osallisuuden vahvistaminen hyvinvoinnin turvaajana sekä ennakoivan ja ehkäisevän työn monipuolistaminen. Palvelut järjestetään lapsen ja perheiden tarpeiden pohjalta siten, että eri palvelujen, ammattiryhmien ja toimijoiden osaaminen voidaan yhdistää joustavaksi lapsen elämänpolkuja ja perheiden arkea tukevaksi kokonaisuudeksi.

Terveys ja sosiaalinen turvallisuus -prosessin keskeisiä näkökulmia ovat terveyden edistäminen, omatoimisuuden ja osallisuuden edistäminen, ongelmien

ennaltaehkäiseminen sekä hyvän hoidon ja sosiaalisen turvallisuuden varmistaminen. Myös vapaaehtoistoiminta ja vertaistuki kytketään palveluverkkoon. Terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin palvelukokonaisuudessa on useita rajapintatoimintoja suhteessa muihin palveluihin

Kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut on järjestetty osana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toimintaa vuoden 2011 alusta.

Keski-Suomen seututerveyskeskuksen alue

Vuoden 2011 alusta aloitti Keski-Suomen sairaanhoitopiirin liikelaitoksena toimintansa Keski-Suomen seututerveyskeskus, joka vastaa Konneveden, Laukaan, Toivakan, Luhangan, Joutsan, Keuruun, Multian ja Petäjäveden perusterveydenhuollosta ja osasta sosiaalipalveluja.

Laukaan puheenvuorossa nähtiin lähtökohtana, että seututerveyskeskus mahdollistaa myös sosiaalihuollon integraation. Vaihtoehtona on myös se, että vaativan tason sosiaalihuollon erityispalveluja tuotetaan yhdessä JYTE-organisaation kanssa. Tärkeänä pidetään, että aiemmin kunnassa rakennettu saumaton sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö voidaan säilyttää. Vastuu asiakkaan kokonaistilanteesta on oltava selvillä ja hallinnassa.

Toivakan, Luhangan ja Joutsan näkökulmalle on yhteistä, että lähtökohtana on pieni kuntakoko. Kansalaisten kannalta palvelujen saatavuus ja saavutettavuus ovat tärkeitä kysymyksiä.

Keuruulla kuvataan, että kunnassa on toiminut jo pitkään täysin integroitu sosiaali- ja terveystoimi. Sosiaalitoimen lähipalvelut halutaan jatkossakin tuottaa itse, mutta laajan väestöpohjan palveluissa halutaan tehdä tarkoituksenmukaista yhteistyötä. Sosiaalitoimi nähdään kunnan lähipalveluna. Yhteistyö on oikea suunta, mikäli toiminta vaatii oikeasti laajaa väestöpohjaa. Terveydenhuollolle koulutoimi nähdään yhtä merkittävänä yhteistoiminnan tahona kuin sosiaalitoimi.

Sote-kuntayhtymä ja liikelaitos Saarikka

Saarijärven kaupunki sekä Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven ja Kyyjärven kunnat ovat muodostaneet Saarijärven yhteistoiminta-alueen, jossa on yhdistetty sosiaali- ja terveystoimi näiden viiden kunnan alueella. Saarikassa nähdään nyt tärkeäksi jo muodostetun toiminnan vakiinnuttaminen. Yksittäisen kunnan sisällä yhteistyö eri toimijoiden välillä on tärkeä saada toimimaan siten, että se tukee sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta. Tavoitteena on mm. luoda alueelle yhteiset palvelujen piiriin pääsyn kriteerit.

Sosiaalihuollon erityispalveluja, joita voidaan ajatella tuotettavan alueen ulkopuolella, voisivat olla esimerkiksi vaativat lastensuojelun palvelut (kuten huostaanotto ja sijaishuolto) sekä vaativat päihdehuollon palvelut.

Tärkeää on, että kuntalaisille tehdään ihmisten näköisiä palveluja, joita toteuttavat ammattiosaajat. Roolien (tilaaja /tuottaja) tulee olla selkeitä ja oikein ymmärrettyjä. Perustana tulee olla luottamus siihen, että kukin tekee omat tehtävänsä.

Wiitaunioni

Viitasaari, Pihtipudas ja Kinnula muodostivat vuonna 2005 Wiitaunionin yhteistoiminta-alueen. Alueella nähdään, että sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on viety pitkälle eikä sitä haluta hajottaa. Kokemus on, että integroidulla toiminnalla saadaan hyviä tuloksia. Haasteena pohjoisessa Keski-Suomessa ovat pitkät välimatkat, jolloin lähipalveluja tarvitaan, myöskään päivystyspalvelut eivät voi olla kovin kaukana. Kuntalaisille tulee olla valinnanvapaus palvelujen hakemisessa. Palvelujen kehittämisessä tärkeänä pidetään tulevaisuudessa kuntoutuspalveluja, niiden merkitys ja tarve korostuu.

Äänekoski

Äänekosken osalta peruskunta täyttää Paras-lain vaatimukset, sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on toteutunut ja perusturvan palvelut on organisoitu elinkaarimallin pohjalta. On päästy vaiheeseen, jossa integraatio ulottuu monissa kohdin palveluprosesseihin. Kokemus on opettanut, että integraatio vaatii sitkeää työtä. Äänekoskella nähdään, että kansalaisten hyvinvointi syntyy kuitenkin pitkälle muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa: kulttuuri, työ, opetus, asuminen, ihmissuhteet ja yhteisöllisyys ovat monessa suhteessa ensisijaisia vaikuttavia tekijöitä. Jotta toiminta toisi tulosta, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eivät saa jäädä kauaksi tästä, yhteyttä on vaalittava.

Äänekoskella nähdään nyt tärkeänä pitää päätöksenteko omissa käsissä ja hyvinvointipalvelujen kokonaisuus yhtenäisenä. Maakunnallinen yhteys nähdään kuitenkin tarpeellisenä ja järkevänä. Isompaan kokonaisuuteen on edettävä yhdessä, asiat ja sisällöt edellä. Tällöin vältetään toimimasta eri puolilla maakuntaa kovin hajanaisesti.



K O S K E
KESKI-SUOMEN
SOSIAALIALAN
OSAAMISKESKUS

Julkaisija

Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus

Osoite:

Matarankatu 4
40100 Jyväskylä

www.koskeverkko.fi